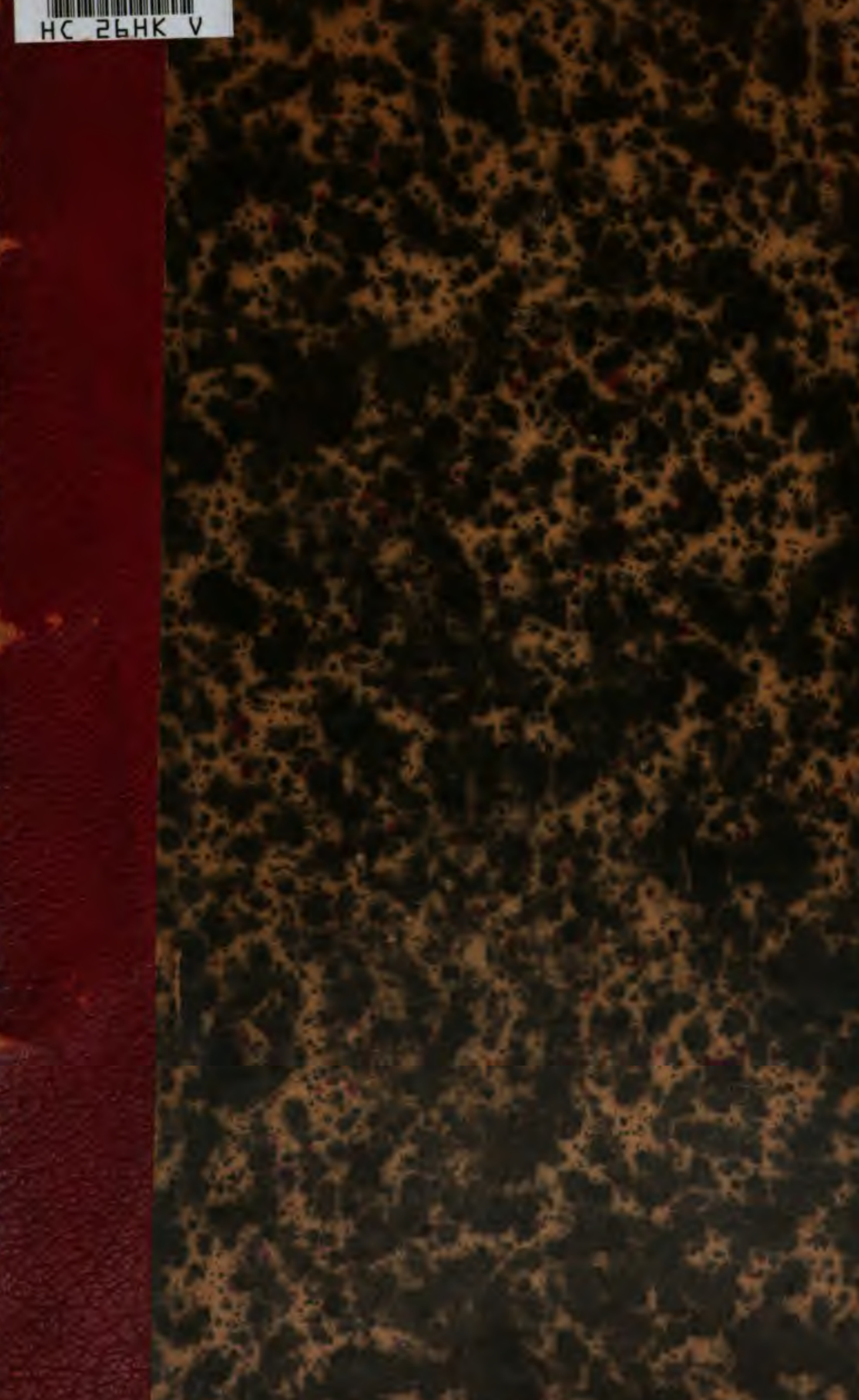



Library
Boston Psychopathic
Hospital
Boston, Massachusetts



RECHERCHES

SUR LES

MALADIES MENTALES

RECHERCHES

SUR LES

MALADIES MENTALES

PAR

M. BAILLARGER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN HONORAIRE DE LA SALPÊTRIÈRE

Avec 12 planches.

TOME DEUXIÈME

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain, 120

1890



RECHERCHES

SUR LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

PREMIÈRE PARTIE

I

DU DÉLIRE HYPOCHONDRIAQUE

CONSIDÉRÉ

COMME SYMPTOME ET COMME SIGNE PRÉCURSEUR

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

1860

La paralysie générale est une des maladies cérébrales les plus fréquentes et les plus graves. Elle frappe l'homme dans toute la force de l'âge, et le conduit à la mort en le faisant passer par la plus triste dégradation.

Tous les médecins sont d'ailleurs d'accord pour considérer cette affection comme très insidieuse à son début.

Elle met souvent, en effet, un temps très long à se développer, n'offrant d'abord que des symptômes en apparence légers.

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie des sciences dans la séance du 17 septembre 1860.

Il arrive dans beaucoup de cas que ces symptômes légers passent inaperçus, et quand la maladie est reconnue, il est déjà trop tard pour arrêter sa marche. Il importe donc à un très haut degré de saisir les premières manifestations de cette affection.

C'est en me plaçant à ce point de vue que j'ai cru utile de signaler la relation étroite qui me paraît exister entre la mélancolie hypochondriaque et la paralysie générale.

Cette relation une fois démontrée, le délire dont je viens de parler devient, en effet, un symptôme nouveau, qui peut, dans beaucoup de cas, servir au diagnostic de la maladie à son début. Ce symptôme aurait d'autant plus d'importance que la paralysie générale accompagnée de mélancolie est souvent, pendant sa première période, difficile à distinguer de la mélancolie simple.

Les conceptions délirantes des hypochondriaques paralytiques sont des plus variées ; cependant il en est qui se présentent si souvent, qu'on pourrait, jusqu'à un certain degré, les regarder comme ayant ici quelque chose de spécial.

Les malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou complètement obstrués. Ils prétendent, par exemple, qu'ils n'ont plus de bouche, qu'ils n'ont plus de ventre, qu'ils n'ont plus de sang ; ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein, que leur ventre est barré.

Il semble à quelques-uns que les aliments qu'ils prennent sortent des voies ordinaires, qu'ils passent sous la peau ou même dans leurs vêtements.

Quatre malades prétendaient que leur corps tombait en putréfaction. Plusieurs d'entre ces derniers paraissaient avoir des hallucinations de l'odorat.

Il en est qui soutiennent qu'ils ne peuvent plus ouvrir

les yeux et qu'ils sont devenus aveugles; d'autres cessent de parler et assurent plus tard qu'il leur était impossible d'ouvrir la bouche; ils affirment encore ne plus pouvoir avaler, ni aller à la selle, ni uriner.

Ils trouvent que leurs membres sont changés, qu'ils sont plus gros ou plus petits; ils disent même qu'ils ne les ont plus.

Enfin, il en est qui vont jusqu'à se croire morts. Ils restent immobiles, les yeux fermés, et quand on soulève leurs membres, ils les laissent retomber comme s'ils étaient complètement paralysés. Ces diverses conceptions délirantes entraînent souvent de fâcheuses conséquences. Beaucoup de malades refusent avec plus ou moins d'énergie de prendre des aliments, et quelquefois il faut recourir à l'emploi de la sonde œsophagienne.

Ces derniers, pour peu que le délire se prolonge, ne tardent pas à tomber dans le marasme. J'ai vu succomber, après huit jours seulement de maladie, un aliéné qui opposa la plus grande résistance à l'emploi de la sonde, d'après cette idée que son estomac était déjà complètement plein et son pharynx obstrué. Un hypochondriaque, au début de la paralysie générale, prétendait qu'il ne pouvait plus uriner, et en même temps il faisait des efforts pour retenir son urine. Sa vessie se distendit énormément et il se donna une véritable rétention. Il fallut avoir recours au cathétérisme, qui offrit de grandes difficultés. Au bout de quelques jours le chirurgien pratiqua une fausse route; le malade succomba rapidement, étant encore à la première période.

La disposition à la gangrène, qui est un des caractères de la paralysie générale au dernier degré, existe ici plus prononcée et avant l'époque ordinaire.

Quatre malades avaient de larges eschares au siège avant

d'avoir été alités. Une femme, qui offrait depuis plus d'un an les symptômes de la première période de la paralysie générale, conservait encore toutes les apparences de la santé, lorsqu'elle tomba tout à coup dans la mélancolie hypochondriaque. Six semaines après, elle succombait avec une gangrène des deux pieds. Le délire hypochondriaque n'est donc pas seulement un symptôme dans certaines formes de la paralysie générale ; il faut ajouter que c'est un symptôme grave et un signe pronostic fâcheux.

J'arrive, messieurs, au second point qui fait l'objet de cette note, au délire hypochondriaque considéré comme signe précurseur de la paralysie générale. Là, en effet, est surtout l'intérêt pratique.

En voyant les conceptions délirantes dont j'ai parlé se reproduire si souvent chez les paralytiques atteints de mélancolie, j'ai dû accorder au même délire une attention spéciale lorsque je l'ai observé chez des malades qui n'offraient encore aucun signe de paralysie. J'ai pu constater déjà dans un assez grand nombre de cas que beaucoup de ces malades avaient plus tard été atteints de paralysie générale.

Je suis bien loin, assurément, de regarder cette terminaison comme constante; mais elle est, à mon avis, si fréquente dans cette forme de mélancolie, que celle-ci mérite une place à part et que son pronostic est beaucoup plus grave. Je me borne donc à établir que le délire hypochondriaque constitue dans la mélancolie une présomption grave de terminaison par la démence paralytique, et qu'il est un élément de plus pour ce pronostic.

M. le docteur Combes a publié dans sa thèse l'observation d'un malade atteint d'une lypémanie avec stupeur, offrant des symptômes graves. Cependant rien n'indiquait que ce malade dût plus tard être atteint de paralysie géné-

rale; après quinze mois, il sortit guéri de l'asile où il avait été soigné.

En lisant cette observation, je fus frappé de l'existence de certaines conceptions délirantes de nature hypochondriaque: le malade, en effet, avait cru qu'il allait mourir, si même il n'était déjà mort; il prétendait que ses membres étaient anéantis, qu'il ne les avait plus, etc. Cette donnée me parut suffisante, et j'écrivis à M. Combes pour savoir ce que le malade était devenu. Sa réponse confirma le pronostic. J'appris, en effet, qu'après avoir repris pendant une année des fonctions assez importantes, l'ancien mélancolique avait été atteint de paralysie générale.

On voit que, dans ce fait, si l'on eût tenu compte du délire hypochondriaque comme signe pronostique, on aurait pu annoncer avec de grandes probabilités la paralysie générale plus de deux années à l'avance.

Sans doute, il peut paraître étrange qu'on puisse ainsi s'appuyer sur une certaine forme de délire pour prédire la désorganisation du cerveau; mais ce fait, si singulier qu'il paraisse, n'est que le second du même genre pour ce qui a trait à la paralysie générale.

Depuis les beaux travaux de Bayle, il n'est pas un médecin qui mette en doute que le délire des grandeurs est, dans beaucoup de cas, le signe précurseur de la démence paralytique.

Il y a plus de trente ans qu'un aliéniste distingué, confirmant l'opinion de Bayle, écrivait que ce délire mérite d'autant plus de fixer l'attention, que très souvent il peut servir à diagnostiquer la paralysie générale plusieurs mois à l'avance. Des observations par centaines ont depuis établi ce fait.

Or, si le délire des grandeurs permet, dans la monomanie et la manie, de prédire la paralysie générale plusieurs

mois et quelquefois même plusieurs années à l'avance, pourquoi n'en serait-il pas ainsi du délire hypochondriaque dans la mélancolie ?

Quant à l'explication de ces faits, je n'essayerai pas de la donner, et j'ajouterai que c'est en vain qu'on a cherché jusqu'ici à se rendre compte de la relation qui existe entre le délire ambitieux et la paralysie générale. Quelle que soit d'ailleurs l'explication qu'on propose, je rappellerai qu'on devra tenir compte d'un fait très remarquable et généralement peu connu.

Je veux parler de la fréquence relative de la paralysie générale chez les femmes des différentes classes de la société.

Tandis que la maladie est également fréquente chez les hommes de toutes les classes, on observe au contraire, pour les femmes, la différence la plus singulière.

La paralysie générale, très commune chez les femmes des classes pauvres, est très rare, au contraire, chez les femmes des classes riches.

Ce fait a certainement été oublié par ceux qui ont voulu expliquer le nombre plus grand des folies ambitieuses par le développement des idées de spéculations, par le désir plus général d'arriver rapidement aux honneurs et à la fortune.

Je crois donc qu'il faut, jusqu'à nouvel ordre, se borner à constater que le délire des grandeurs et le délire hypochondriaque sont, dans beaucoup de cas, mais dans des conditions différentes, des signes précurseurs de la paralysie générale.

J'ai cru utile de signaler, dans cette note, le second de ces faits. Quant au premier, il était depuis longtemps connu, et j'ai eu souvent occasion de faire ressortir tout ce qu'il avait de curieux au point de vue psychologique.

II

DE L'INÉGALITÉ DES PUPILLES

COMME SYMPTOME ET COMME SIGNE PRÉCURSEUR

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

1850

C'est à l'occasion d'une observation clinique publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1850, que j'ai signalé pour la première fois l'inégalité des pupilles comme symptôme de la paralysie générale. Je me borne à reproduire ici le passage suivant :

« Beaucoup de sujets, atteints de paralysie générale, ont une des pupilles plus large que l'autre; la différence, dans certains cas, est même si considérable qu'on doit s'étonner que cette remarque n'ait pas été faite plus tôt. C'est donc un nouveau symptôme à ajouter à ceux qui ont déjà été indiqués par les auteurs. Ce symptôme existe quelquefois dès le début de la maladie, et il peut alors, dans certains cas douteux, servir à établir le diagnostic (1). »

Le symptôme nouveau que je signalais est d'une vérification si facile que beaucoup de médecins se sont empressés de le rechercher et que plusieurs d'entre eux n'ont pas

(1) J'ajoutais que ce symptôme en se manifestait, le plus souvent, qu'à une époque assez avancée de la maladie, et, depuis lors, j'ai pu constater que ce dernier fait n'est pas complètement exact. (*Gazette des Hôpitaux*, 14 mai 1850, page 225.)

tardé à faire connaître les résultats qu'ils avaient obtenus.

On a publié des statistiques qui ne concordent pas toutes entre elles, mais qui toutes cependant démontrent la très grande fréquence de l'inégalité des pupilles dans la paralysie générale.

Moreau (de Tours), à Bicêtre, a reconnu ce symptôme dans plus de la moitié des cas, et Lasègue chez un tiers seulement des malades, mais les conditions différentes dans lesquelles les faits ont été recueillis expliquent très bien la différence des statistiques établies par ces deux observateurs.

Moreau (de Tours) pouvait, dans son service de Bicêtre, examiner les paralytiques aux diverses périodes de la maladie. Lasègue, au contraire, au dépôt de la Préfecture de police, observait surtout la paralysie générale à son début.

Mobèche a trouvé l'inégalité des pupilles 57 fois sur 100; Doutrebente, 76 fois; Bois, 77 fois. MM. Christian et Ritti, auxquels j'emprunte ces chiffres, ont eux-mêmes constaté l'inégalité des pupilles 27 fois sur 32 cas, et, se basant sur cette très grande fréquence, ils en déduisent l'importance du symptôme (1).

Il convient d'ajouter que l'inégalité des pupilles apparaissant à des époques variables de l'évolution de la paralysie générale, il est nécessaire, pour avoir une proportion exacte, de suivre les malades et d'examiner les yeux dans les différentes phases de l'affection. C'est ce que n'a pas manqué de faire remarquer le Dr Austin, qui a beaucoup

(1) MM. Christian et Ritti rappellent d'ailleurs que l'inégalité des pupilles peut s'observer dans diverses maladies en dehors de la paralysie générale. Ils citent un travail de Roque ayant pour titre : *De l'inégalité des pupilles dans les affections unilatérales des diverses régions du corps.* Je crois, à cet égard, devoir faire remarquer que les faits constatés par Roque ne doivent point ici entrer dans la solution de la question. Il ne s'agit, en effet, que de l'inégalité des pupilles chez des aliénés maniaques ou mélancoliques au début ou dans le cours de leur accès.

étudié les phénomènes oculo-pupillaires dans la paralysie générale.

« On peut affirmer, dit-il, que dans tous les cas de paralysie générale à *une période ou à une autre*, la mobilité des iris est diminuée ou leur *symétrie troublée*. Dans la grande majorité des sujets ces altérations sont permanentes, quoiqu'il soit rare de les trouver constamment évidentes. Dans quelques cas, *peu nombreux*, les pupilles sont ordinairement symétriques et normalement contractiles; et cependant, même alors, il y a des moments ou l'une ou l'autre de ces conditions est altérée. »

On comprend que la valeur du symptôme doit résulter de la comparaison entre les aliénés qui sont atteints de paralysie générale et ceux qui n'ont qu'une folie simple. Or, il est démontré que l'inégalité des pupilles, très fréquente dans le premier cas, est très rare dans le second. C'est sur ce fait qu'on doit s'appuyer pour accorder à l'inégalité des pupilles, et selon les conditions dans lesquelles on l'observe, une valeur plus ou moins grande au point de vue du diagnostic.

Il y a d'ailleurs des aliénés qui n'offrent aucune lésion des mouvements, mais dont le délire se rapproche plus ou moins de celui des aliénés paralytiques et chez lesquels on peut quelquefois constater l'inégalité des pupilles.

C'est à tort, à mon avis, que ces cas sont considérés par la plupart des médecins comme appartenant à la folie simple. La réunion du délire des grandeurs et de l'inégalité des pupilles constitue alors ce qu'on appelle aujourd'hui des folies avec *syndrome paralytique*.

Ces faits ne sont pas rares et expliquent comment certains auteurs ont cru pouvoir contester la valeur diagnostique de l'inégalité des pupilles.

Je me bornerai à citer deux exemples de ce genre que

j'emprunte au Dr Austin. Il a eu soin de faire remarquer que les deux malades n'étaient ni *paralytiques* ni *épileptiques*.

I. — « Un terrassier, âgé de trente ans, est sujet à des paroxysmes de manie, ses propos sont incohérents. Il se croit le patriarche Isaac; il dit être roi, Dieu; prétend que c'est lui qui gouverne le firmament, etc.

« Pendant ce temps, la pupille gauche est la plus large. Il devient calme, ses conceptions délirantes s'en vont, et les pupilles redeviennent égales jusqu'à l'accès suivant. »

II. — « Un fermier, âgé de trente-sept ans, habituellement sombre, taciturne, recherchant la solitude, est parfois excité et il a alors des idées de grandeur. Il possède le monde entier et de fortes sommes à la banque d'Angleterre, offre 1000 livres sterling à son gardien pour le faire sortir, parle du prince Albert dans des termes familiers. La pupille gauche est alors la plus large. L'accès de manie passe, et avec lui l'inégalité des pupilles. »

Voici donc deux malades qui, sans être atteints de paralysie générale, ont offert l'inégalité des pupilles, mais, comme on le voit, leur délire ressemblait à celui qui précède la paralysie générale.

La coexistence du délire des grandeurs et de l'inégalité des pupilles, dans les cas que je viens de rappeler, constitue un fait clinique très intéressant et qui peut servir à démontrer que la folie ambitieuse a quelque chose de spécial, puisque cette coexistence ne se rencontre pas, dans les autres espèces de folie. Il ne manque plus d'ailleurs, dans ce cas, qu'un seul symptôme, l'hésitation de la parole, pour constituer le syndrome paralytique complet; or, les folies avec syndrome paralytique se terminent assez souvent par la démence paralytique, ce qui suffit pour leur assigner une place à part.

En dehors de la paralysie générale, on peut encore observer l'inégalité des pupilles dans la période maniaque des folies à double forme; mais cette période, comme on le sait, revêt assez souvent, quant à la nature du délire, les caractères de la folie paralytique. Dans quelques cas même on a observé, outre l'inégalité des pupilles, un peu d'hésitation de la parole.

Les faits que je viens de rappeler ne peuvent donc être invoqués comme une objection qui doive atténuer la valeur diagnostique de l'inégalité des pupilles comme signe précurseur, ou comme symptôme de la paralysie générale.

En cherchant à constater le fait de l'inégalité des pupilles, on a été conduit à une étude plus complète de ce qu'on a appelé les phénomènes pupillaires dans la paralysie générale. Je ne puis ici que renvoyer aux travaux spéciaux qui ont été publiés sur ce sujet et surtout à ce qu'en ont dit les auteurs à propos de la symptomatologie de la paralysie générale (1).

(1) Le docteur Austin a cru pouvoir conclure des recherches qu'il a faites sur les phénomènes pupillaires dans la paralysie générale, qu'il y a une relation constante entre la nature du délire et la dilatation de l'une ou l'autre des deux pupilles. La dilatation de la pupille droite s'observerait dans la période mélancolique et celle de la pupille gauche dans la période maniaque.

Le docteur Francis Wyatt-Turmann aurait constaté l'exactitude des faits avancés par M. Austin, dans les deux tiers des cas environ. Il aurait trouvé que 63 fois sur 100, la pupille gauche était plus dilatée que la droite dans le délire expansif et que le contraire avait lieu, dans la même proportion, dans les états de dépression. Il aurait de même trouvé que 25 fois sur 100 la disposition inverse avait été observée. Il serait resté onze cas douteux.

Ces recherches ne paraissent point avoir été poursuivies et les derniers auteurs ne se sont point occupés de ce sujet.

III

DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE

DANS SES RAPPORTS

AVEC LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

1861

En 1833 et 1834, pendant mon internat à Charenton, j'avais recueilli deux observations de paralysie générale survenue chez des malades atteints d'ataxie locomotrice. J'avais fait l'autopsie des deux malades et décrit avec soin les lésions du cerveau et de la moelle épinière (2). Je n'attachai pas à ces faits l'importance qu'ils méritaient, je ne les interprêtai pas comme ils devaient l'être. Je les avais oubliés, lorsque près de trente ans plus tard, en 1860, je fus consulté pour un premier malade atteint d'ataxie locomotrice et chez lequel je vis peu à peu se développer tous les symptômes d'une démence paralytique sans délire tranché.

La même année, je vis un autre malade offrant aussi des symptômes d'ataxie locomotrice et chez lequel, au contraire, des symptômes graves de paralysie générale avaient disparu en même temps que se produisait une paraplégie complète.

Enfin, au commencement de l'année 1861, M. Marchant, médecin en chef de l'asile des aliénés de Toulouse, m'adressait un malade atteint d'une ataxie locomotrice parfaite-

(1) *Archives cliniques*, 1861, p. 425.
(2) Je reproduis plus loin ces deux observations.

ment caractérisée et qui, deux ans auparavant, avait eu un accès de folie paralytique des plus graves, avec délire ambitieux et embarras très marqué de la parole, etc.

Ce sont ces faits que j'ai publiés en 1861. Ils me semblaient pouvoir servir à démontrer que l'association du tabes et de la paralysie générale, qui n'avait point encore été signalée, ne devait pas être très rare.

En 1862, j'avais déjà réuni cinq observations que je résumai dans un mémoire ayant pour titre : *Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale* (1).

Depuis lors, on a publié sur le même sujet plusieurs travaux spéciaux dont le plus important et le plus connu est celui que M. Westphall a inséré, en 1863, dans la *Gazette générale de psychiatrie*.

Observation I

Sommaire. — Ataxie locomotrice au début. — Symptômes graves de paralysie générale pendant six mois. — Disparition de ces symptômes depuis deux ans. — Persistance et aggravation de l'ataxie locomotrice.

M. X..., âgé de quarante ans, a eu une affection syphilitique à vingt-trois ans. De vingt-cinq à trente-cinq ans, il a éprouvé de temps en temps de l'oppression et des *douleurs subites aux jambes*, douleurs qui le forçaient de s'arrêter.

A trente-cinq ans, la marche devient embarrassée; les mouvements sont incertains, saccadés et ont quelque chose de convulsif. Ces symptômes avaient été précédés d'une diplopie qui avait persisté six semaines.

A trente-six ans et demi, congestions cérébrales suivies d'embarras de la prononciation.

Quelques désordres légers avaient déjà été remarqués du côté de l'intelligence, lorsque le délire ambitieux éclata à trente-sept ans. Après une période d'agition de plusieurs

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1862.

mois, le malade devint plus calme, mais l'intelligence paraissait affaiblie, l'embarras de la parole était très prononcé; miction et défécation involontaires ; station impossible. Cependant, sous l'influence d'un traitement actif, on vit peu à peu une partie des symptômes disparaître. Les fonctions de la vessie et du rectum reviennent à l'état normal, l'embarras de la parole cesse, l'intelligence se raffermit, les mouvements des jambes seuls restent si désordonnés que la marche est toujours impossible.

Si je n'avais pas su, quand je vis M. X..., qu'il avait eu, deux ans auparavant, de l'embarras de la parole, du délire ambitieux, de la paralysie des sphincters, je n'aurais pas pu soupçonner de si graves antécédents. Le malade paraissait raisonnable, sa parole était libre. Cependant, bien qu'on ne pût constater aucun désordre mental apparent, M. X... n'avait pas recouvré toute l'activité de son intelligence. Voici, à cet égard, les renseignements écrits fournis par son médecin.

« Aucune idée fausse n'est venue assiéger l'esprit depuis bientôt deux ans. Le malade manque sans doute d'énergie dans la volonté, il se laisse facilement impressionner ; il a parfois des mouvements d'impatience, mais il s'intéresse à tout ce qui se passe et lit avec plaisir les journaux, les revues, et dans l'intimité il formule des jugements raisonnables sur ce qu'il a lu ou sur ce qui se passe autour de lui. Si la mémoire de M. X... est un peu affaiblie, elle est cependant assez active pour lui permettre de fournir lui-même à ses médecins les renseignements les plus utiles sur les diverses circonstances de sa maladie. »

L'ataxie locomotrice était facile à constater. La marche était impossible à cause des mouvements désordonnés et comme convulsifs des membres inférieurs; mais le malade assis contractait très fortement les muscles des jambes,

qu'on pouvait difficilement faire fléchir quand elles étaient étendues.

On avait noté chez ce malade et on observait encore chez lui des douleurs névralgiques dans les membres, douleurs qui revenaient par accès et qui semblaient remplacées parfois par de l'oppression ou des migraines.

I. L'association de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale ne paraît pas très rare, et, sans nul doute, si la première de ces maladies était plus connue, on n'aurait pas manqué d'en citer quelques exemples. Ce fait de la réunion des deux maladies a un certain intérêt, parce qu'il peut souvent jeter du doute sur le diagnostic et entraîner des erreurs de plus d'une sorte.

II. Ce malade a offert les symptômes d'une paralysie générale grave (embarras de parole, délire ambitieux, paralysie des sphincters); cependant il paraissait guéri depuis deux ans. Les faits de ce genre, qui deviennent de moins en moins rares, sont difficiles à expliquer en présence des doctrines anatomopathologiques professées aujourd'hui.

Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on peut facilement diviser les paralysies générales en deux classes :

1° Celles qui débutent par la démence et la paralysie. Elles se terminent, dans tous les cas, par la mort sans offrir de période de rémission.

2° Celles qui débutent par la manie ambitieuse, la mélancolie ou la stupeur. Ces paralysies, comme les premières, entraînent souvent la mort, mais elles offrent cela de particulier qu'elles peuvent aussi se terminer par la guérison, la manie chronique et la démence sans paralysie.

N'y a-t-il là que deux formes de la même maladie? Les lésions anatomiques sont-elles les mêmes? S'il en est ainsi,

pourquoi cette marche toujours progressive dans un cas; pourquoi dans l'autre, au contraire, ces retours inespérés à la santé, ou au moins ces suspensions de la maladie pendant plusieurs mois ou même plusieurs années? « Si je consulte mes propres observations, dit Guislain, je découvre dans la paralysie générale une autre paralysie qui m'annonce que la substance cérébrale se décompose. C'est un état paralytique permanent ascendant et progressif. » N'est-ce pas là la véritable, la seule paralysie générale?

Observation II

Sommaire. — Strabisme. — Diplopie. — Amblyopie. — Douleurs des membres. — Désordres musculaires peu appréciables. — Plus tard, embarras de la parole. — Affaiblissement de la mémoire. — Faiblesse générale. — Paralysie des sphincters.

M. X..., négociant, à Bruxelles, âgé d'environ cinquante ans, a été atteint, il y a quatre ou cinq ans, de diplopie, de strabisme et d'un commencement d'amaurose de l'un des yeux; plus tard, on vit apparaître des douleurs très aiguës dans les jambes. Elles avaient lieu par accès et consistaient en des élancements rapides, comme celles qu'on observe dans l'ataxie locomotrice; le désordre dans la marche était peu appréciable. Cependant, quand le malade se retournait un peu brusquement il vacillait sur ses jambes. M. Duchenne (de Boulogne), qui le vit à cette époque, diagnostiqua une ataxie locomotrice à la première période.

Il y a quinze mois environ, la parole commença à s'embarrasser et la mémoire à s'affaiblir. Ces symptômes augmentèrent graduellement; le malade dut quitter ses occupations et se résigner à vivre à la campagne. Il résulte d'une lettre écrite par la fille de M. X... que celui-ci est

arrivé aujourd'hui à un degré déjà avancé de la paralysie générale. J'ai pu constater que la démence surtout a fait de grands progrès; le malade méconnaît les personnes avec lesquelles il avait autrefois des relations habituelles. Cependant le défaut de coordination des mouvements n'est pas appréciable, et l'on ne constate rien dans la démarche qu'on ne voie chez les malades simplement paralytiques. L'ataxie locomotrice semble donc arrêtée dans sa marche (1).

Observation III

Sommaire. — Céphalalgies. — Diplopie. — Légers troubles de l'intelligence. — Symptômes de paralysie générale qui disparaissent et sont suivis d'une paraplégie.

M. X... à l'âge de trente-quatre ans environ, a commencé à éprouver de grands maux de tête et de la *diplopie*.

A trente-cinq ans, sensation de pesanteur et de faiblesse dans le *bras* et la *jambe gauches;* assez souvent, incontinence d'urine.

(1) J'ai cru devoir supprimer ici les réflexions dont je faisais suivre cette observation et qui se rapportaient à la question du diagnostic différentiel de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale. Cette question, en effet, ne me paraît plus pouvoir être envisagée aujourd'hui de la même manière.

Des observations très nombreuses, recueillies depuis vingt-cinq ans, ont prouvé combien l'évolution de l'ataxie locomotrice offre d'anomalies. On a pu constater dans beaucoup de cas que de longs intervalles séparent souvent l'apparition des divers symptômes, etc.

Quand on voit la paralysie générale survenir chez un malade qui est ou a été atteint de paralysie de la troisième ou de la sixième paire, comment pourrait-on, comme on l'a fait autrefois, considérer ces symptômes comme précurseurs de la paralysie générale? N'est-il pas plus probable, vu leur extrême fréquence dans la première période de l'ataxie locomotrice, qu'ils doivent être rattachés à cette dernière.

Le malade qui fait le sujet de la seconde observation, avant d'être atteint de paralysie générale avait eu de la *diplopie*, du *strabisme*, de l'*amblyopie* et des *douleurs fulgurantes*, c'est-à-dire les symptômes les mieux caractérisés de la première période de l'ataxie locomotrice.

Dans tous les cas semblables quand la paralysie générale survient, il n'y a plus, je crois, à hésiter. On doit admettre que les deux maladies ont été associées et que la marche de l'ataxie locomotrice a pu être plus ou moins modifiée par le développement de la paralysie générale.

En même temps s'étaient produits des désordres intellectuels assez graves.

Un médecin aliéniste appelé rédige une consultation dans laquelle il déclare qu'on doit redouter le développement « d'une paralysie et un dérangement plus complet de l'intelligence ».

Il conseille, avec réserve toutefois, le placement dans une maison de santé.

Cependant quatre ans s'écoulent. Les désordres de l'intelligence restent au même point, ou du moins n'aboutissent pas à un délire tranché.

A trente-neuf ans, le malade offre des symptômes plus graves. Deux médecins des hôpitaux de Paris constatent « l'altération des traits, un air d'hébétude, de l'embarras dans la parole, de la tibubation des membres inférieurs, *symptômes caractéristiques de la paralysie générale des aliénés* ».

Un mois s'était à peine écoulé que les mêmes médecins, dans une seconde consultation, « déclarent ne plus constater chez ce malade l'ensemble des signes de paralysie générale (titubation, tremblement des mains, embarras de la parole, hébétude de la figure et des réponses. »

Ils ajoutent « qu'il ne reste qu'une paralysie des membres inférieurs dont l'apparition a coïncidé avec l'amendement des autres symptômes, mais ils regardent cette paraplégie comme étant d'origine cérébrale, ainsi que les premiers accidents, et comme constituant simplement une nouvelle manfestation de la maladie dont M. X... est atteint depuis plusieurs années, maladie qui continuera à faire des progrès et reprendra un jour ou l'autre sa forme cérébrale ».

Très peu de temps après cette consultation, je fus moi-même appelé à voir le malade, et je ne trouvai plus que la paraplégie. Il n'y avait ni hébétude ni embarras de parole.

Les réponses étaient justes, nettes, précises. Ce n'est pas qu'il n'y eût alors de véritables désordres de l'intelligence, mais ces désordres se manifestaient surtout par des actes, et le malade, devant les étrangers, pouvait parfaitement se maintenir, de telle sorte qu'on aurait pu le regarder comme à peu près sain d'esprit.

La paraplégie était presque complète ; à peine si le malade debout pouvait soulever ses jambes qui étaient d'ailleurs tout à fait insensibles.

Observation IV

Dans un grand nombre des cas, les lésions musculaires des membres inférieurs chez les sujets atteints d'ataxie locomotrice sont précédées de strabisme, d'amaurose, de diplopie, de paralysie de la paupière supérieure, quelquefois d'hémiplégie faciale, d'embarras de parole, de gêne de la déglutition.

Ces symptômes constituent ce que M. Duchenne (de Boulogne), dans son remarquable travail, a nommé la période *céphalique.*

Un fait très curieux, c'est que ces symptômes peuvent disparaître sans que pour cela la maladie s'arrête dans sa marche. M. Duchenne a insisté sur ce fait, et j'ai vu moi-même un malade qui a commencé par offrir une gêne très grande de la déglutition et de l'*embarras de la parole*, et chez lequel ces symptômes ont disparu. Le désordre musculaire est, au contraire, devenu si grave que la marche est tout à fait impossible (1).

(1) Il y a dans l'histoire de la démence paralytique, quelque chose qui rappelle cette période céphalique de l'ataxie locomotrice.

La manie ambitieuse, la mélancolie hypochondriaque qui précèdent si

Les symptômes de la paralysie générale, lorsqu'ils surviennent au début de l'ataxie locomotrice paraîtraient, jusqu'à un certain point, devoir être considérés comme faisant partie de la période céphalique ; ils peuvent remplacer les autres syptômes ou leur être associés.

Dès lors, ne convient-il pas de se demander si, dans un certain nombre de cas, ils ne peuvent aussi guérir comme les paralysies partielles de quelques nerfs crâniens, l'ataxie n'en poursuivant pas moins sa marche progressive.

Je crois devoir rappeler ici que dans l'observation première le malade, au début de l'ataxie, a offert des symptômes graves de paralysie générale pendant six mois, et que ces symptômes ont disparu, l'ataxie locomotrice n'en continuant pas moins.

Dans l'observation troisième, on a vu des symptômes de paralysie générale précédés de diplopie disparaître, mais être suivis de paraplégie.

A ces faits, je crois devoir ajouter une observation de M. Brierre de Boismont, insérée dans les *Annales médico-psychologiques.*

Il s'agit d'un malade qui avait été atteint de *paralysie générale pendant dix-huit mois*, et qui était resté parfaitement guéri pendant huit ans. Sa paralysie générale était des plus graves. Il avait d'ailleurs été vu par Esquirol, Bouchet (de Nantes), Blanche père, et par MM. Falret, Voisin et Brierre de Boismont.

Ce malade cependant offrit cela de particulier, qu'il avait eu dans la dernière période de sa paralysie générale des

souvent la démence paralytique, guérissent dans un assez grand nombre de cas ; mais la démence paralytique n'en suit pas moins sa marche après un temps d'arrêt plus ou moins long.

Certaines folies spéciales seraient donc à la démence paralytique, ce que les paralysies partielles des nerfs crâniens sont à l'ataxie locomotrice.

vomissements très opiniâtres, et que pendant sa convalescence, les membres inférieurs conservèrent une faiblesse qui ne semblait point en rapport avec l'état général, car le malade fit usage de béquilles, ce qui n'arrive guère qu'aux paraplégiques.

Cependant, après huit ans de bonne santé, le délire ambitieux reparaît accompagné d'une très grande agitation ; mais dès le début, le malade, qui n'avait pas d'embarras de parole, présente un désordre singulier dans la marche. « Ce désordre musculaire, dit M. Brierre de Boismont, se rapproche beaucoup de celui de l'ataxie. »

Ce malade semble avoir guéri de nouveau après cinq ans de maladie.

Je me borne ici à faire remarquer que cet aliéné dans la convalescence de sa paralysie générale s'était servi de béquilles comme les paraplégiques, et que dans le dernier accès, il offrait dès le début un désordre musculaire ressemblant à celui de l'*ataxie locomotrice*.

Voici l'observation de M. Brierre de Boismont.

Sommaire. — Accès de manie. — Guérison. — Paralysie générale survenue au bout de treize ans. — Guérison pendant huit ans. — Manie chronique avec des symptômes de démence — Convalescence survenue après cinq ans.

« M. Charles, âgé de cinquante-six ans, ne compte pas d'aliénés dans sa famille ; il est instruit, d'un bon jugement, gai, spirituel, a la répartie vive. Il exerçait une profession libérale à l'aide de laquelle il est parvenu à se créer une existence. Son caractère est violent et sa constitution vigoureuse. Habitant les pays à esclaves, il se trouva impliqué dans une de ces vendettes, particulières à ces contrées brûlantes et dont la conséquence fut pour lui un empoisonnement. Les soins médicaux lui sauvèrent la vie, mais il

survint aussitôt un délire qui dura quinze jours avec une grande agitation; cette exaltation fut remplacée par une facilité à se laisser diriger, qui dégénérait en une véritable faiblesse. Peu à peu, ces symptômes s'amendèrent, et après quelques mois de maladie, M. Charles avait recouvré entièrement la santé, et il put augmenter sa fortune. Treize ans s'étaient écoulés, sans qu'il eût éprouvé le moindre trouble dans la raison, lorsqu'il fut repris d'une nouvelle exaltation très violente; il voulait tout briser, se mettait dans des fureurs extrêmes et tenait les propos les plus incohérents. On prit le parti de le conduire en Europe, il débarqua dans un port de France et fut dirigé sur l'asile Saint-Jacques, dont le docteur Bouchet était le médecin-directeur. Les notes de ce médecin distingué indiquent une paralysie générale des plus graves et annoncent une terminaison fatale dans un espace assez rapproché.

« La famille, qui habitait Paris, le fit transporter dans l'établissement d'Esquirol. Ce médecin célèbre diagnostiqua une paralysie générale des plus intenses. La forme que présentait M. Charles était celle qu'on appelle manie ambitieuse, il voulait sans cesse faire des achats, il était immensément riche, les prix lui importaient peu. Trois mois après, il était placé dans la maison de santé du docteur Blanche, à Montmartre. Son état s'était encore aggravé : le moindre mouvement, la plus légère pression à l'épigastre déterminaient aussitôt des vomissements d'une abondance extrême ; il était tombé dans le dernier degré de marasme. MM. Falret et Voisin, appelés en consultation, après avoir constaté l'existence d'une paralysie générale très avancée, trouvèrent l'affaiblissement si grand, qu'ils regardèrent le malade comme perdu.

« Après six mois de soins, il y eut un peu d'amélioration. M. Charles put conserver les potages qu'on lui don-

nait, faire quelques mouvements, se lever et marcher dans son appartement, soutenu par deux domestiques. L'embarras de la langue, le tremblement des membres, l'incohérence subsistaient, mais à un degré moindre. Deux mois après, il avait recouvré assez de forces pour retourner chez lui; sa raison n'était pas encore tout à fait rétablie. A cette époque, la faiblesse de ses membres ne lui permettait que des mouvements très incomplets et il ne marchait qu'en s'appuyant sur deux domestiques. Dans l'espace de trois mois, un mieux très notable s'opéra dans son état, il put, après s'être servi de béquilles, d'une canne, marcher tout seul, et son intelligence, obscurcie pendant plus de dix-huit mois, reprit toute sa lucidité. Cette guérison fut si radicale, que les frères de M. Charles le chargèrent de la direction de leurs affaires, et pendant les huit années qui s'écoulèrent entre son rétablissement et sa troisième rechute, il fit preuve d'un excellent jugement dans la gestion des intérêts qui lui avaient été confiés. Tout à coup et sans cause connue, un délire furieux éclata quinze jours avant son entrée dans la maison. Lorsqu'on me l'amena, il était étendu sur un matelas et maintenu par la camisole, ne cessait de crier, de hurler, de tenir des propos incohérents. Il refusait de boire et de manger. En l'examinant, je constatai qu'il avait de la difficulté à parler, mais pas de bégayement; l'imperfection du langage tenait à l'absence de dents; il marchait en fauchant et le désordre musculaire se rapprochait beaucoup de l'ataxie locomotrice de M. Duchenne (de Boulogne); ses discours, quoique incohérents, avaient de la suite, la mémoire était bonne. Lorsque l'agitation fut un peu calmée, je constatai que son jugement était conservé; ses premières phrases, très raisonnables, décelaient un esprit judicieux, fin, un peu railleur, mais bientôt les phrases s'entre-choquaient et il n'y

avait plus de suite. Il restait des heures entières à ramasser dans le jardin des pierres, des morceaux de bois, des brins de paille, et il en faisait des collections, assurait que c'étaient des choses précieuses, et il commençait une dissertation sur chacun de ces objets, auxquels il attribuait les propriétés les plus remarquables. Ses poches étaient toujours pleines de cailloux. Cet état dura cinq ans. Dans le courant de la dernière année, il devint beaucoup plus calme, parlait souvent d'une manière très sensée, bien qu'il y eût encore des incohérences. Pour remédier à son embarras de parler et à sa faiblesse dans les extrémités inférieures, il avait imaginé depuis longtemps de compter à haute voix, des heures entières, une, deux, trois, etc., et de pomper à cinq ou six reprises différentes dans la journée; aussi était-il parvenu à s'exprimer plus distictement et à faire de très longues promenades. Il avait conservé la manie de faire collection de vieux chiffons, de brins de paille, des morceaux de bois, et lorsqu'on lui en demandait la raison, il disait qu'on ne savait pas la valeur de ces divers objets. Les trois derniers mois qui précédèrent sa sortie, malgré quelques bizarreries, il était revenu à un état presque normal, son raisonnement était celui d'un homme instruit, connaissant les bons et les mauvais côtés de l'humanité; ses conseils, empreints de ce sens pratique qui est la vraie philosophie de la vie, excitaient souvent l'étonnement, surtout lorsqu'on se rappelait cette longue nuit de l'intelligence, sillonnée, il est vrai, de temps en temps par des éclairs de raison. Durant le temps qu'il resta à la maison, on ne constata ni inégalité de pupilles, ni bégayement, ni perte de mémoire, ni faiblesse d'un côté, ni tremblement des membres, en un mot, aucun des symptômes de la paralysie générale. Cette maladie, constatée par Esquirol, Bouchet (de Nantes), MM. Falret, Voisin, avec tout

le cortège des signes les plus redoutables, avait totalement disparu, et le désordre de l'intelligence qui avait soudainement éclaté au bout de huit ans, sous la forme maniaque, s'était lui-même tellement amélioré après une durée de cinq ans, que quand M. Charles sortit, on pouvait dire qu'il était en voie de convalescence. »

Les deux observations qui suivent, sont celles dont j'ai parlé au commencement de ce mémoire. Elles ont été recueillies par moi, il y a plus de cinquante ans, pendant mon internat, à Charenton, dans le service d'Esquirol. Comme je l'ai dit, je les avais oubliées, lorsque j'ai signalé, pour la première fois en 1861, les rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale.

On verra que dans ces deux cas, la lésion anatomique était parfaitement caractérisée; mais que je l'ai interprétée d'une manière erronée.

La substance blanche des cordons postérieurs de la moelle, devenue grise par suite de la dégénérescence scléreuse, a été prise par moi pour de la substance grise. Je supposais que la substance grise centrale s'était hypertrophiée et que, peu à peu, elle avait écarté de dedans en dehors les cordons postérieurs, formant ainsi à la surface de la moelle comme un nouveau cordon de substance grise. J'avais donc donné à mes observations le titre de : *Hypertrophie de la substance grise de la moelle*, auquel il faut substituer celui de *Dégénérescence scléreuse des cordons postérieurs*.

Il est intéressant de rappeler qu'une année auparavant en 1832, Monod avait commis la même erreur. Dans son mémoire *sur diverses maladies de la moelle*, inséré dans les *Bulletins* de la Société anatomique, cet auteur cite en effet deux observations ayant pour titre: *Hypertrophie de la substance grise de la moelle*. Or, en lisant ces deux obser-

vations, il est facile de reconnaître qu'il s'agit, comme dans celles que j'ai moi-même recueillies, de la dégénérescence scléreuse des cordons postérieurs.

Dans ma première observation on trouve réunies les lésions de l'ataxie locomotrice et celles de la paralysie générale, de sorte qu'aucun doute n'est possible, quant à l'existence des deux maladies. C'est, je crois, le premier cas où cette réunion ait été constatée d'une manière certaine.

Depuis mon travail de 1861, on a, il est vrai, rappelé une observation que Horn a publiée en 1833 dans ses *Archives*, et on a cru voir dans cette observation un cas d'ataxie locomotrice compliquée de paralysie générale; mais si, dans ce cas, l'ataxie n'était pas douteuse, il n'en est pas de même, à mon avis, de la paralysie générale, et c'est ce que j'essayerai de démontrer plus loin.

Je crois d'ailleurs devoir ajouter ici que Horn n'a rien dit de l'existence de la paralysie générale chez son malade, bien que cette affection fût déjà très connue; il n'a parlé que d'*aliénation mentale et de démence* (1).

Observation V

Délire mélancolique et démence paralytique chez un malade atteint d'ataxie locomotrice depuis plusieurs années.

Sommaire. — Syphilis. — De trente à trente-huit ans, douleurs de poitrine et vomissements. — Ces accidents sont remplacés par des douleurs dans les membres inférieurs. — A ces douleurs succèdent de la céphalalgie et une hémiplégie faciale, puis délire mélancolique et paralysie générale. — Mort. — Autopsie. — Sclérose des cordons postérieurs de la moelle, adhérence des membranes à la couche corticale des circonvolutions: cavité gangréneuse dans le poumon droit.

M. B..., âgé de quarante et un ans, horloger, a été placé à Charenton le 6 avril 1834.

(1) M. Horn publiait son observation en 1833 et les ouvrages de Bayle et de Calmeil avaient paru en 1826.

Voici les renseignements qui furent recueillis sur ce malade.

Il a été militaire pendant six ans, de seize à vingt-deux ans. Il a eu la syphilis, mais il a, dit-on, été bien guéri.

A l'âge de trente ans, il exerçait la profession de tourneur en cuivre et fut pris de *douleurs dans la poitrine* et souvent de *vomissements bilieux.* Ces accidents se prolongèrent pendant huit ans, puis ils furent remplacés par des *douleurs dans les membres inférieurs,* douleurs qui furent considérées comme de nature rhumatismale.

Il y a quinze mois, en avril 1833, ces douleurs ont cessé et il survint des *céphalalgies* et une *paralysie du côté droit de la face.*

Le délire a débuté, il y a dix jours seulement, le 27 mars et, dès le 28, le malade était en proie à une grande agitation. Les conceptions délirantes sont de nature triste. M. B... croit qu'il ne pourra payer ce qu'il doit et qu'on va le faire saisir. Il voit des voleurs partout. Il a tenté plusieurs fois de se suicider. Après avoir eu plusieurs accès d'agitation très vive, il est tombé dans la stupeur.

Dès son entrée à Charenton, le malade ne pouvait se tenir en équilibre sur ses jambes et on dut, pendant le jour, le maintenir sur un fauteuil. Il avait de l'embarras de la parole, mais les renseignements ne font pas connaître à quelle époque remontaient les troubles de la locomotion et l'embarras de la prononciation.

Quant à l'état intellectuel de M. B..., on constatait chez lui l'existence d'hallucinations de l'ouïe et des signes de démence. Il entend les cris de sa femme qu'on maltraite, dit-il, dans une cour voisine ; il prétend qu'on veut l'empoisonner et qu'un malade habitant la même salle est payé pour l'injurier. La mémoire est très affaiblie.

Paralysie de la vessie, qui a forcé de recourir plusieurs

fois au cathetérisme ; la peau du siège a commencé à s'excorier.

Six semaines s'étaient à peine écoulées que le malade offrait les symptômes d'une paralysie générale avancée. Cependant la vie se prolongea encore cinq mois, et la mort eut lieu le 18 octobre 1834.

Autopsie. — Le corps est très émacié, la peau du sacrum est excoriée et d'un rouge foncé ; os du crâne très épais, très injectés à droite, la dure-mère est aussi très injectée du même côté et couverte de très nombreuses gouttelettes de sang noir. En l'incisant, il ne s'écoule que très peu de sérosité.

Dans toute l'étendue de la voûte crânienne, la dure-mère est tapissée par une fausse membrane très mince ; cette fausse membrane, colorée à droite par du sang très rouge, est incolore à gauche, elle se prolonge à la base et dans le canal rachidien.

Le cerveau est volumineux, les circonvolutions sont larges, rapprochées les unes des autres ; épaississement et opacité du feuillet viscéral de l'arachnoïde dans certains points, mais principalement sur les côtés de la grande scissure interhémisphérique; *adhérences de la pie-mère dans un très grand nombre de points ; substance grise rouge couleur de chair.*

La substance blanche offre beaucoup de bouches vasculaires, mais peu de sang.

La substance grise de la protubérance est colorée comme celle du cerveau.

Chacun des ventricules latéraux contient environ trente grammes de sérosité.

La dure-mère, à la partie supérieure du canal rachidien, mais en *arrière seulement, est tapissée par une fausse membrane, épaisse, comme fibreuse,* qui se continuait en bas et

en haut, mais en s'amincissant très rapidement, ne constituant plus qu'une fausse membrane ordinaire.

La moelle, dépouillée de sa membrane propre, offre une altération très remarquable à sa face postérieure.

Dans toute l'étendue de cette face, les deux cordons médians sont remplacés par un cordon de couleur grise qui règne dans toute l'étendue. Ce cordon est beaucoup plus large à la région lombaire, et il va graduellement en s'amincissant jusqu'à la partie supérieure, où il finit en pointe, ayant ainsi la forme d'un très long triangle. Ce cordon gris est divisé en deux parties par une membrane qui pénètre vers le centre de la moelle, et qui n'est autre que la membrane propre de la moelle séparant les deux cordons postérieurs.

La substance grise intérieure est rosée.

Parmi les ganglions spinaux, examinés avec soin, beaucoup sont atrophiés.

Dans la région lombaire et à gauche, on en trouve un plus volumineux, il est dur et comme fibreux; en l'incisant, on découvre qu'il formait un petit kyste à parois épaisses et contenant un peu de liquide incolore.

Les racines postérieures sont atrophiées.

Thorax. — Cœur large et mou; nulle trace de tubercules dans les poumons qui sont fortement engoués; dans le lobe inférieur du poumon droit, on découvre près de la surface une petite cavité d'une pouce de long sur un demi-pouce de large; elle est vide et de couleur noire, sa paroi est formée par une couche d'une ligne environ d'épaisseur. Cette cavité qui avait une légère odeur gangreneuse, communiquait avec la plèvre par une fistule étroite, et à l'ouverture de la poitrine, l'air s'est échappé en sifflant.

Abdomen. — La muqueuse de l'estomac a une couleur d'un noir ardoisé, celle de l'intestin grêle est d'un rouge

violet dans une assez grande étendue. La muqueuse de la vessie était aussi très rouge.

L'ataxie locomotrice chez ce malade, est démontrée par les symptômes et les lésions.

Les lésions constatées à l'autopsie ne laissent non plus aucun doute sur l'existence de la paralysie générale. Je crois cependant, quant aux symptômes de cette maladie, devoir faire remarquer que le délire chez M. B... était caractérisé par des conceptions mélancoliques, des idées de persécution et des hallucinations. Il n'y avait ni délire ambitieux ni délire hypochondriaque.

On peut assurément observer le délire mélancolique ordinaire chez les paralytiques, cependant il est bien rare qu'il ait cette persistance, cette netteté et qu'il soit caractérisé par des hallucinations aussi actives.

On sait combien l'ataxie locomotrice peut présenter d'irrégularités dans sa marche, mais peut-être convient-il de constater ici que la période céphalique qui marque habituellement le début de la maladie, n'est survenue que la dernière (céphalalgie, paralysie faciale, puis délire mélancolique et paralysie générale).

En 1861, j'avais signalé des cas dans lesquels les symptômes de la paralysie générale étaient survenus au début de l'ataxie, et ces symptômes me semblaient devoir être rattachés à la période céphalique; or, je crois devoir faire remarquer que, chez ce malade, le délire et la paralysie générale ont suivi de près l'apparition de la céphalalgie et la paralysie faciale.

J'ai parlé plus haut d'une observation que Horn a publiée en 1833 dans ses *Archives*, et qui a été citée depuis comme un exemple d'ataxie locomotrice compliquée de paralysie générale, et j'ai ajouté que l'existence de la pa-

ralysie générale, dans ce cas, ne me paraissait pas démontrée.

Horn en effet n'a pas constaté à l'autopsie les lésions de la paralysie générale, bien que la maladie dût remonter à quatre années. Il ne mentionne ni l'opacité, ni l'épaississement de l'arachnoïde, ni les adhérences de la pie-mère à la couche corticale, ni l'atrophie du cerveau.

Quant aux symptômes il n'y a aucun détail sur la nature du délire. On ne peut donc juger si ce délire offrait ou non quelques-uns des caractères qu'on observe chez les aliénés paralytiques. L'embarras de la parole est certainement un symptôme très important, mais je dois rappeler qu'on l'observe quelquefois chez des ataxiques qui ne sont point atteints de paralysie générale, et spécialement dans la forme qu'on a désignée sous la dénomination de *forme cérébrale*.

Je dois d'ailleurs rappeler, comme je l'ai dit plus haut, que Horn n'a pas prétendu que son malade fût atteint de paralysie générale, mais seulement d'*aliénation mentale*.

Observation VI

Délire des grandeurs éclatant tout à coup chez un malade atteint depuis vingt-trois ans d'ataxie locomotrice.

Sommaire. — Syphilis. — Ataxie locomotrice remontant à vingt-trois ans. — Embarras de la parole — Tout à coup explosion du délire ambitieux. — Phtisie pulmonaire. — Diarrhée. — Marasme rapide. — Eschares. — Mort quarante jours après le début du délire. — Autopsie. — Nulles traces d'adhérences des membranes à la couche corticale.— Dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle. — Atrophie des racines postérieures.

M. X..., âgé de cinquante-quatre ans, ex-employé aux finances, a été amené à Charenton le 30 août 1833.

Voici les renseignements qu'on obtint sur les antécédents.

M. X..., à l'âge de vingt-cinq ans, a eu la syphilis. Quatre ans plus tard, il éprouva tout à coup une impossibilité presque absolue de marcher sans aide, et, en même temps, un grand affaiblissement des membres thoraciques. Ces symptômes ont été, dès le début, accompagnés de douleurs dans les membres et d'*un embarras de la parole* qui se manifestait de temps en temps. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de délire.

Le malade, pendant onze ans, a pu continuer à se rendre à son bureau. Il allait à pied, mais appuyé sur le bras d'un aide et, en outre, se servait d'une canne. Dans son appartement il marchait seul, en s'appuyant sur une canne.

M. X..., malgré son état de maladie qui durait depuis onze ans, s'est marié à l'âge de quarante ans. Il a alors renoncé aux fonctions qu'il remplissait au ministère des finances.

Les douleurs paraissent avoir été toujours très vives, mais, dix ou douze jours avant l'entrée du malade à Charenton, elles avaient acquis une si grande intensité que l'insomnie était devenue complète. C'est alors que le médecin de M. X... lui fit faire des frictions avec une pommade laudanisée. Après trois jours de l'emploi de ce moyen, les douleurs ont cessé, mais le délire a éclaté.

Dès le début, ce délire a été caractérisé par des idées de grandeurs et de richesses. M. X... prétend qu'il est le neveu de Louis-Philippe et qu'il possède une grande fortune ; il veut spéculer sur le change des monnaies, etc.

Il y a évidemment un peu d'embarras dans la parole. Du reste, excitation très vive, incohérence dans les idées. Le malade crie, injurie les personnes qui l'entourent. Il se plaint beaucoup de sa femme parce qu'elle l'a fait enfermer.

M. X..., dès son entrée, ne pouvait plus se soutenir sur les jambes. Il est excessivement maigre, il a de la diarrhée et ne prend que des potages.

L'excitation continue pendant tout le mois de septembre, le marasme augmente, des eschares se forment au sacrum et aux deux trochanters, et la mort a lieu le 29 septembre 1833.

Autopsie, vingt-neuf heures après la mort.

Les os du crâne sont lourds et compacts sans injection marquée. La dure-mère incisée, il ne s'écoule qu'une très petite quantité de sérosité.

L'arachnoïde offre, surtout sur le trajet des gros vaisseaux et en arrière, un grand nombre de taches blanches et opaques. Légère infiltration de la pie-mère; ses vaisseaux sont très injectés, mais elle s'enlève partout facilement et il n'y a aucune adhérence à la couche corticale. La substance grise incisée est colorée d'une manière remarquable; elle est partout plus ou moins rouge. La substance blanche offre beaucoup de vaisseaux, mais peu de sang. Le corps calleux et la voûte à trois piliers ont une consistance très faible. La substance grise du cervelet est colorée comme celle des circonvolutions; même coloration dans la protubérance annulaire.

Le canal rachidien ouvert, on constate tout d'abord une atrophie assez considérable de la moelle, mais on est surtout frappé d'une particularité très remarquable. En arrière, en effet, on constate, dans toute la longueur, l'existence d'une sorte de ruban de couleur grise qui, très étroit à la partie supérieure, va graduellement en s'élargissant jusqu'à la région lombaire, où il occupe presque toute la largeur de la face postérieure de la moelle. Cette espèce de ruban gris est séparé, de chaque côté des cordons latéraux, par un sillon bien marqué. En incisant la moelle en travers,

on enlève facilement ce faisceau gris qui a la forme d'un triangle, dont le sommet est au centre et la base à la surface de la moelle qui lui forme une espèce de canal. L'épaisseur de ce faisceau va en diminuant vers la partie supérieure et, auprès du bulbe, il ne forme plus qu'une couche très mince et peu distincte.

Les racines postérieures des nerfs sont très atrophiées, elles ont une teinte grisâtre. Les nerfs eux-mêmes sont légèrement atrophiés.

Thorax. — Les poumons contiennent beaucoup de tubercules. Au sommet du poumon gauche, vaste caverne très superficiellement située. D'autres cavernes plus petites dans les autres points des deux poumons. Çà et là, de la matière mélanique. Le cœur est sain.

Abdomen. — La muqueuse de l'estomac a une couleus noirâtre, disséminée par plaques. La muqueuse du cœcum est d'un rouge très foncé, épaissie et fongueuse.

L'existence de l'ataxie locomotrice chez ce malade n'a pas besoin d'être discutée. La dégérescence grise des cordons postérieurs a été constatée dans toute l'étendue de la moelle, et d'autre part, M. X... depuis vingt-trois ans, avait des douleurs très fortes dans les membres et il ne pouvait marcher qu'en s'appuyant sur une canne. Il ne sortait même de chez lui qu'appuyé sur le bras d'un aide.

Quant à la paralysie générale, elle n'était encore qu'à son début, mais le délire des grandeurs et l'embarras de la parole ne laissaient guère place au doute. A l'autopsie, on n'a trouvé, il est vrai, aucune adhérence des membranes à la couche corticale, mais l'explosion du délire ne datait que de quarante jours. Si la vie s'était prolongée. il est très probable qu'on eût rencontré les lésions de la péri-encéphalite.

Les quatre premières observations de ce travail, comme je l'ai indiqué, ont été publiées en 1861 dans les archives cliniques, mais dans mon mémoire de 1862, qui n'a pas été achevé, j'en indiquais deux autres, dont voici le résumé (1).

I. M. X..., notaire, âgé de quarante-cinq ans, a été atteint, il y a trois ans, de diplopie et de strabisme externe. Une année plus tard, douleurs térébrantes dans les membres inférieurs. Ces douleurs survenaient par accès et étaient très vives. Le malade était devenu impuissant.

Bientôt on put constater un peu de désordre dans la marche, M. X... jetait pour ainsi dire les jambes en avant et frappait plus fortement le sol.

Il y a six mois, on a commencé à observer un embarras très léger de la parole, l'articulation des mots était précédée d'un peu de tremblement des lèvres. La mémoire a peu à peu beaucoup diminué ; il n'y a plus de suite dans les idées. M. X... est devenu avec les étrangers d'une familiarité qui étonne les personnes de sa famille. Le caractère s'est beaucoup modifié.

On trouve ici comme symptômes de l'ataxie locomotrice : la diplopie, le strabisme, l'impuissance, les douleurs térébrantes revenant par accès et même un commencement de désordre dans la démarche et comme symptômes de la paralysie générale, l'embarras de la parole, le changement de caractère et un commencement de démence.

II. M. X..., ancien élève de l'École polytechnique, âgé de trente-trois ans, a commencé par présenter un embarras de parole qui graduellement est devenu très grand. En même temps on s'apercevait que peu à peu la mémoire diminuait. Le malade était devenu très irritable.

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, 1862, t. VIII, p. 1.

Il y a un an, strabisme externe et diplopie, impuissance, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Il y a six mois, désordre ataxique dans la démarche. Ce symptôme s'est rapidement aggravé et le malade peut à peine se tenir debout.

Pour caractériser l'ataxie locomotrice, nous avons dans ce cas la diplopie, le strabisme, l'impuissance, les douleurs fulgurantes, le désordre de la démarche et pour caractériser la paralysie générale, l'embarras de la parole et un commencement de démence.

Comme on le voit, chez ce malade, ce sont les symptômes de paralysie générale qui ont précédé ceux de l'ataxie.

Il y a une question que je n'ai fait qu'indiquer dans ce travail, mais que je me propose d'étudier plus loin dans une note complémentaire, je veux parler de l'influence de l'ataxie locomotrice sur la marche de la paralysie générale.

Chez l'un des malades (obs. I) des symptômes graves de paralysie générale après avoir persisté six mois avaient complètement disparu depuis deux ans, et chez un autre (obs. III) ces mêmes symptômes avaient été remplacés par une paraplégie.

J'espère prouver par d'autres observations qu'il n'y a pas eu dans ces deux faits de simples coïncidences.

IV

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

DANS SES RAPPORTS AVEC LA PELLAGRE

En 1847, l'Académie de médecine eut à présenter un programme d'études pour la pellagre à l'occasion d'une mission donnée à M. Roussel.

Sur ma demande l'Académie voulut bien ajouter à ce programme un article ainsi conçu :

« Quels sont les caractères, la marche, les causes de la paralysie chez les pellagreux? Quel est l'état de l'intelligence pendant le cours de cette maladie (1)? »

J'avais insisté pour que ces questions fussent posées parce qu'il m'avait semblé, d'après la lecture de l'ouvrage de Strambio, que la paralysie pellagreuse accompagnée d'imbécillité et décrite par cet auteur avait au moins, dans sa dernière période, beaucoup d'analogie avec la paralysie générale des aliénés. Dans le marasme pellagreux (tabes pellagrosa) les malades en effet sont souvent dans un état complet de démence et, en outre, ils sont arrivés peu à peu, après des lésions variées des mouvements, à une sorte de paralysie générale incomplète qui les force de garder le lit. Or il en est tout à fait de même dans les

(1) *Bulletin de l'Académie*, tome XII, pages 932 et 937.

dernières périodes de la paralysie générale des aliénés. Les deux maladies ont donc comme symptômes communs : *l'abolition progressive et parallèle de l'intelligence et des mouvements.*

Dans l'automne de 1847, j'ai visité les principaux asiles de la Lombardie pour étudier la folie pellagreuse et surtout ses rapports avec la paralysie générale. Je reproduis ici le résultat de mes recherches, déjà publiées à cette époque ; mais en les complétant sur quelques points.

I

De la paralysie générale chez les pellagreux.

Tout le monde est d'accord pour admettre qu'il y a beaucoup de méningites et surtout un très grand nombre de cas de folie provoqués par la pellagre.

Dans les grands asiles de la Lombardie on compte souvent un tiers au moins d'aliénés pellagreux ; or ne doit-on pas s'étonner que les auteurs qui ont écrit sur la pellagre n'aient absolument fait aucune mention de la paralysie générale des aliénés?

Fallait-il conclure de ce silence que cette maladie ne s'observe pas chez les pellagreux ou bien qu'elle aurait été confondue avec la paralysie pellagreuse, affection encore mal définie?

Il résulte de mes recherches que la paralysie générale n'est pas rare chez les pellagreux et que la pellagre, comme l'alcoolisme, doit être admise au nombre des causes de la paralysie générale.

A l'appui de cette opinion je crois d'abord devoir citer les observations suivantes :

Observation I

Paralysie générale avec délire ambitieux chez une pellagreuse.

Sommaire. — Quarante-cinq ans. — Pellagre déjà ancienne. — Altération de la peau du dos des mains. — Plusieurs atteintes de diarrhée. — Délire des grandeurs. — Embarras de la parole. — Paralysie générale incomplète.

Verpelli Angela, âgée de quarante-cinq ans, paysanne, est entrée à l'asile de la Sénavra le 10 août 1847.

Voici d'abord un résumé du certificat donné par le Dr Mezzoti, médecin cantonal dans le district de Montza. D'après ce certificat qui fait partie du dossier de la malade à la Sénavra, Verpelli avait déjà dû être envoyée précédemment au grand hôpital de Milan, comme pellagreuse, pour y faire le traitement des bains.

Depuis trois ans, à *chaque printemps*, elle délirait et avait une *monomanie de prodigalité*, elle se sauvait de chez elle pour aller à l'auberge commander de grands repas; elle répétait sans cesse qu'elle avait chez elle beaucoup d'argent et qu'elle pouvait vivre dans l'abondance. Quand on la contrariait sur ces divers points elle entrait en fureur. Le Dr Beretta, médecin de l'hôpital de Montza, avait joint un autre certificat dans lequel il déclare que Verpelli a pour idée principale de *se croire riche* et qu'elle cherchait sans cesse à se sauver de chez elle pour aller mener ailleurs une vie *en rapport avec sa fortune*.

Les certificats ne font aucune mention de l'embarras de la parole ni de paralysie; mais, comme on le voit, ils indiquent très nettement *le délire des grandeurs*.

Voici maintenant dans quel état j'ai trouvé la malade que j'ai examinée avec M. Gaetano Strambio.

Verpelli a la figure joyeuse et épanouie, elle nous répète qu'elle a beaucoup d'argent et qu'elle peut vivre dans l'abondance; elle prétend aussi qu'elle a eu vingt enfants.

La mémoire est affaiblie, la malade assure qu'elle est entrée à l'hôpital il y a quarante ans, puis un instant après elle nous dit n'avoir que quarante ans.

Il y a d'ailleurs de l'agitation, un peu d'incohérence dans les idées.

Verpelli a un *embarras évident dans la parole*, il y a beaucoup de mots qu'elle articule mal.

Le commencement de faiblesse paralytique des membres inférieurs est très marqué, la malade vacille sur ses jambes et, dès qu'elle veut marcher un peu vite, elle est sur le point de tomber et obligée de se retenir aux personnes qui l'entourent; la sensibilité générale est affaiblie.

L'appétit est bon ainsi que le sommeil, la malade a eu à plusieurs reprises de la diarrhée, elle est maigre et a le teint jaune.

La peau du dos des mains offre les caractères d'une pellagre déjà ancienne, elle est desséchée et luisante et offre en outre quelques taches scorbutiques.

Chez cette femme la paralysie générale n'était encore, comme on le voit, qu'à la seconde période. La maladie était nettement caractérisée par l'embarras de parole, la faiblesse générale des membres et par le délire des grandeurs.

Quant à la pellagre, il importe de faire remarquer que Verpelli avait déjà été envoyée comme pellagreuse dans les années précédentes au grand hôpital de Milan pour y prendre des bains; qu'elle avait eu plusieurs atteintes de diarrhée, mais en outre qu'elle offrait, comme on l'a vu quand je l'ai examinée avec le Dr Gaetano Strambio, les altérations caractéristiques de la pellagre sur le dos des deux mains.

Je crois devoir faire remarquer comme une particularité curieuse que le délire des grandeurs chez cette malade s'était reproduit *trois ans de suite au printemps*, c'est-à-dire à l'époque où se reproduit chaque année l'érythème pellagreux.

Observation II

Paralysie générale avec délire ambitieux chez un pellagreux.

Sommaire. — Cinquante-trois ans, cultivateur. — Pellagre ancienne. — Altération de la peau des mains et des pieds. — Diarrhée. — Démence. — Délire ambitieux. — Affaiblissement général. — Embarras de la parole. — Tremblement des lèvres. — Grincements de dents. — Contracture des membres. — Eschares.

Garaviglia (Joseph), âgé de quarante-six ans, agriculteur, demeurant à Saint-Stephano, est entré au grand hôpital de Milan le 21 juin 1847.

Placé d'abord au n° 17 de la salle des délirants, il passa aux incurables, le 16 septembre.

La pancarte porte pour diagnostic : *Tabes pellagrosa.*

La consultation de trois médecins de l'hôpital après laquelle ce malade passa aux chroniques, est du 6 août 1847.

Elle établit que Garaviglia est aliéné et tombé dans le marasme par suite d'une pellagre ancienne : « *Alienato di mente et tabido per antica pellagra ; non si puo transportar il malato que fra i cronici.* »

Ce malade, qui paraît d'une constitution forte, est aujourd'hui dans l'état suivant : physionomie sans expression, apparence de stupidité, réponses brèves et quelquefois si mal articulées, qu'on ne peut les comprendre. — Garaviglia ne fait aucune attention à ce qui se passe autour de lui. Quand on l'interroge, il tourne lentement les yeux et regarde d'un air hébété.

Il ne sait ni pourquoi, ni depuis quand il est à l'hôpital ; bien qu'il soit veuf, il prétend être encore marié.

La démence paraît très avancée : il n'existe plus de délire ambitieux, mais nous apprenons qu'à son entrée, il avait eu des idées de grandeur très caractérisées ; il pro-

mettait de l'argent aux personnes qui l'entouraient et assurait qu'il était propriétaire d'un grand nombre de maisons, de bœufs et de chevaux.

Il n'a jamais eu d'agitation depuis son entrée à l'hôpital.

Dès que le malade essaye de parler, on observe des mouvements convulsifs des muscles des lèvres et, en même temps, un embarras très prononcé de la parole, à ce point que beaucoup de mots deviennent inintelligibles.

Léger tremblement de la langue, mâchonnement presque continuel, grincements de dents.

La station est depuis longtemps impossible, les jambes sont rétractées et toute tentative pour les étendre produit de la douleur. Les bras aussi sont faibles, cependant le malade peut porter assez facilement les mains à sa tête, il y a alors un tremblement bien manifeste et on constate de petites contractions convulsives dans les doigts.

Maigreur générale assez grande, larges eschares au sacrum, deux autres aux trochanters, en outre, plusieurs autres petites eschares dans divers points du corps qui ne supportent pas de pression.

Excrétion involontaire des urines et des matières fécales.

Lors de son entrée, Garaviglia avait de la diarrhée, mais ce symptôme a cessé depuis deux mois environ; aujourd'hui, la soif est assez vive et l'appétit assez bon.

Les gencives sont saines, la langue un peu rouge à la pointe et sur les bords.

Le malade porte, d'ailleurs, aux mains et aux pieds, des traces irrécusables de l'érythème pellagreux. On constate sur le dos de la main droite des taches brunes luisantes, blanchâtres au centre, ce qui les fait ressembler à des cicatrices. A la main gauche, mêmes altérations, mais moins prononcées; sur les pieds, l'épiderme est épaissi,

crevassé, noir, enlevé par plaques, lesquelles forment des intervalles blancs qui tranchent avec le reste.

La peau des avant-bras est brune, sèche et rugueuse; la peau est aussi altérée sur les jambes et l'épiderme fendillé. Il en est de même à la partie supérieure du sternum.

L'ensemble symptomatique si complet de la dernière période aurait pu, chez ce malade, suffire pour le diagnostic de la paralysie générale (Tremblement des lèvres, embarras de parole, grincements de dents, tremblement des membres, impossibilité de la station, démence très avancée, eschares). Le délire ambitieux qui avait marqué une phase de la maladie ne laisse prise à aucune objection. A quelque point de vue qu'on se place, Garaviglia était donc bien véritablement atteint de paralysie générale.

D'autre part, les certificats des médecins et les traces anciennes de l'érythème pellagreux qui existaient aux pieds et aux mains, ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de la pellagre.

Observation III

Paralysie générale avec délire des grandeurs chez un pellagreux.

Sommaire. — Cinquante ans, cultivateur. — Délire des grandeurs. — Embarras de la parole. — Démarche chancelante. — Altération pellagreuse remarquable de la peau de la partie intérieure du cou et supérieure de la poitrine.

Guira, âgé de cinquante ans, cultivateur, est entré à l'hospice de Brescia le 22 juin 1847.

Déjà l'année précédente il avait été admis au même hospice; il était alors si faible qu'il ne pouvait se soutenir sur ses jambes, mais après quelque temps de traitement il était sorti amélioré.

A cette seconde entrée, G... était comme la première fois très faible, mais il a déjà repris des forces et peut marcher assez facilement.

La feuille sur laquelle est inscrit le diagnostic porte que G..., à son arrivée, disait qu'il était Dieu.

Aujourd'hui nous constatons les symptômes suivants :

Le délire des grandeurs est très caractérisé; le malade répète qu'il est Dieu, qu'il ne mourra jamais, qu'il a une *grande fortune, beaucoup de terres* et *beaucoup de domestiques;* il accuse sa femme de l'avoir fait renfermer pour dépenser seule sa grande fortune.

La physionomie indique d'ailleurs un commencement de démence.

L'embarras de la parole est très nettement caractérisé, beaucoup de mots sont articulés d'une manière peu intelligible. Quand le malade s'exalte, l'articulation des mots devient plus nette et plus facile.

Les mains ne tremblent pas, mais la démarche est mal assurée, le malade va tombant d'un pied sur l'autre ; la sensibilité générale paraît très affaiblie, on peut pincer fortement la peau sans que le malade se plaigne.

La peau sur le dos des mains a une teinte brune mais ne paraît pas autrement altérée; il n'en est pas de même à la partie inférieure du cou et sur le sternum, dans toute la partie découverte la peau est non seulement brune, mais elle est inégale et parsemée de taches blanches irrégulières dont quelques-unes ressemblent à des cicatrices de brûlures. Il y a plusieurs de ces taches au cou, derrière les oreilles, et quelques-unes aussi à la face.

La langue est gercée, mais sans rougeur, les gencives sont rouges et les dents un peu déchaussées.

Le malade a eu de la diarrhée, mais elle a maintenant cessé. Il a bon appétit et conserve assez d'embonpoint.

La paralysie générale chez ce malade est caractérisée par le délire des grandeurs, l'embarras de parole et l'affaiblissement paralytique des membres.

Quant à la pellagre, l'altération de la peau du sternum était, comme on l'a vu, des mieux caractérisées ; c'était d'ailleurs la seconde fois que Guira était entré à l'hospice comme pellagreux.

Observation IV

Paralysie générale avec délire des grandeurs chez un pellagreux.

Sommaire. — Soixante-deux ans. — Délire des grandeurs. — Embarras passager de la parole. — Altération pellagreuse du dos des mains et du sternum.

Catoni, âgé de soixante-deux ans, agriculteur, est entré à l'hospice de Brescia le 11 janvier 1847.

Ce malade a la figure épanouie, il est gai, et offre un délire ambitieux bien caractérisé. Il est le frère de Jésus-Christ et sera assis à la gauche de Dieu ; il prétend d'ailleurs avoir de grands biens, des terres, etc.

Par moments il a un peu d'embarras de la parole et *l'articulation des mots est précédée de contractions convulsives des lèvres*, tremblements de la langue.

Tremblements des mains qui ont peu de force ; la démarche n'a jusqu'ici rien de caractéristique.

La sensibilité est affaiblie, on peut pincer fortement la peau sans provoquer aucune plainte.

Traces très évidentes de l'érythème pellagreux sur le dos des mains et au sternum ; la peau est sèche, brune, brillante et amincie. Il y a sur les avant-bras et jusqu'aux coudes une desquamation épidermique abondante formée d'écailles brillantes. Le malade a eu autrefois de la diarrhée mais elle a cessé depuis assez longtemps.

Chez C..., la paralysie générale caractérisée par des idées d'ambition, par un commencement d'embarras de la parole, les contractions convulsives des lèvres, les tremblements de la langue, n'est encore qu'au premier degré. Quant à la pellagre, les traces de l'érythème sont si marquées que son existence ne nous paraît pas devoir être mise en doute.

Observation V

Paralysie générale chez un pellagreux.

Sommaire. — Cinquante ans. — Domestique. — Pellagre au début. — Signes de démence. — Délire ambitieux au premier degré. — Embarras de parole. — Faiblesse paralytique des membres.

Barbiero est entré à l'hôpital de San Servolo, à Venise, le 31 août 1847.

La note envoyée par le médecin porte que Barbiero est devenu aliéné au mois de mai 1847 par suite de *pellagre*. Il faisait des actes puérils et prononçait des paroles incohérentes. Il offrait des signes de démence.

Il fut traité chez lui par les saignées et les applications de sangsues.

A l'entrée du malade on inscrivit le diagnostic suivant : « *démence simple par suite de pellagre*. »

Dès son arrivée à l'hôpital on constate que Barbiero a perdu la mémoire et *qu'il balbutie*.

Une note de M. le docteur Saccardo porte que ce malade est dans un état d'imbécillité, qu'il est faible, malpropre, très troublé d'esprit; que sa santé est passable, *qu'il est pellagreux*.

Quinze jours plus tard on inscrit que le malade marche difficilement, qu'il chancèle sur ses jambes, que *sa pellagre est presque guérie*, que d'ailleurs il continue à être dans un état de stupidité.

Quand j'examinai ce malade, je fus tout d'abord frappé de l'expression joyeuse de sa figure qui est épanouie et riante.

Barbiero n'a pas d'idées de grandeurs, mais il prétend qu'il est *fort et très bien portant*. Quand on l'interroge à cet égard il *se pose fièrement*, *frappe sa poitrine*, *tend les bras*, *contracte ses muscles pour montrer sa force;* il a de lui une très haute opinion et il est, dit-il, plus content de sa profession que s'il était Napoléon, etc.

Ce malade offre le type du contentement paralytique, premier degré du délire des grandeurs.

L'embarras de parole est tout à fait caractéristique, Barbiero articule avec assez de peine et, quand il veut parler, on observe que sa parole est précédée de mouvements comme convulsifs des lèvres; léger tremblement de la langue qui est fendillée à sa partie moyenne. Les mouvements des bras sont libres, mais il y a du tremblement des mains; démarche saccadée, incontinence d'urine.

La peau du dos des mains est brune, mais ne paraît pas altérée.

A la partie externe du bras gauche la peau est sèche, rugueuse et couverte de petites écailles qui se détachent.

Même altération sur le bras droit, mais moins prononcée; sur l'oreille gauche épiderme fendillé s'enlevant en écailles plus larges que sur les bras.

Chez ce malade la paralysie générale est caractérisée par l'embarras de parole, la paralysie incomplète des membres, la démence et par le contentement paralytique.

Quant à la pellagre, elle était à sa première période. L'érythème s'était manifesté pour la première fois au printemps de 1847 et M. Saccardo délare que cet érythème était presque guéri au milieu de septembre ; le malade aurait

donc été immédiatement atteint, dès le début, de paralysie générale. Telle n'est pas la marche habituelle de la maladie, mais cela, à mon avis, ne suffirait pas pour mettre en doute le diagnostic du médecin cantonal et des médecins de l'asile, et pour ne tenir aucun compte des altérations de la peau des deux bras et de l'oreille gauche qui persistaient encore quand j'ai examiné le malade.

Je crois donc qu'il s'agit ici comme dans les cas précédents, d'un cas de paralysie générale développé chez un pellagreux.

Observation VI

Paralysie générale avec démence simple chez un pellagreux.

Sommaire. — Soixante-trois ans. — Cultivateur. — Démence. — Léger embarras de parole. — Tremblement et faiblesse des bras. — Impossibilité de la station. — Altération pellagreuse de la peau des mains, du sternum et des pieds.

Braga (Baptiste), âgé de soixante-trois ans, cultivateur, est entré à l'hospice de Brescia, le 7 juillet 1847, dans le service de M. Bargnani.

La feuille du diagnostic porte que ce malade est *pellagreux et paralytique*. Braga, dans les années précédentes, avait été plusieurs fois admis à l'asile des aliénés. Cette fois on l'a conservé dans les salles de médecine parce qu'il était très calme, il ne pouvait d'ailleurs plus se soutenir sur les jambes et, depuis son entrée, il n'a pas quitté le lit. Démence très avancée, apathie, mutisme; à peine quand on l'interroge répond-il quelques mots. On peut s'assurer que la mémoire est très affaiblie, les réponses sont lentes et les *mots mal articulés*, en outre, mouvements comme convulsifs des lèvres précédant l'articulation des mots; tremblement des mains. Le malade peut remuer les jambes dans son lit, mais la station est impossible;

excrétion involontaire des urines et des matières fécales. La sensibilité générale est affaiblie; la langue n'est point gercée, les gencives sont saines. Le malade a eu de la diarrhée, mais elle a cessé; l'appétit est très bon.

Le pouls est calme à soixante.

La peau du dos des mains est encore *rouge* par plaques, amincie et *luisante*, elle offre en outre quelques taches scorbutiques. Rougeur érythémateuse au haut du sternum et au bas du cou. Sur les cous-de-pied la peau est sèche, rugueuse et offre une desquamation épidermique par écailles nombreuses.

Il importe de faire remarquer que ce malade avait été renfermé plusieurs fois comme aliéné dans les années précédentes, et il est à regretter qu'on n'ait aucun renseignement sur la nature du délire auquel avait succédé l'état de démence que j'ai pu constater, démence accompagnée d'une paralysie générale qui explique comment la feuille de diagnostic porte que cet homme était *pellagreux et paralytique*.

Comme dans tous les cas de paralysie générale des aliénés au dernier degré, le malade pouvait remuer les jambes quand il était couché, mais la station était impossible.

Observation VII

Paralysie générale avec délire ambitieux chez un pellagreux.

Sommaire. — Soixante-cinq ans. — Embarras de parole. — Démarche chancelante. — Délire des grandeurs. — Altération pellagreuse de la peau des mains et des pieds. — Diarrhée.

Martinelli, âgé de soixante-cinq ans, pêcheur, demeurant à Yséo, est entré à l'asile de Brescia le 14 octobre 1846.

Il avait déjà été admis à l'hôpital pour un premier accès,

mais son état s'était assez amélioré pour qu'on pût lui accorder sa sortie.

Ce malade d'une constitution forte conserve encore assez d'embonpoint.

Il a un embarras évident mais non encore très prononcé de la parole, l'articulation des mots est précédée de contractions convulsives des lèvres.

Les mains tremblent et la démarche est si chancelante que le malade est obligé de s'appuyer aux meubles ou de réclamer l'aide d'un infirmier, aussi garde-t-il le plus souvent le lit.

Le délire des grandeurs est des plus remarquables. Le malade prétend qu'il est empereur des Français, que toute la terre lui appartient; tous les chevaux du monde ne suffiraient pas pour transporter ses trésors; il est convaincu qu'il ne mourra jamais; bien qu'il n'ait jamais été à l'école il affirme qu'il est extrêmement savant. Il est propriétaire de tous les fleuves et de tous les lacs; le lac d'Yséo devra désormais s'appeler lac Martinelli, etc.

La langue est fendillée, le malade a eu de la diarrhée, mais elle a été arrêtée à l'aide des opiacés ; taches scorbutiques sur diverses parties du corps.

L'altération pellagreuse du dos des mains est très prononcée, la peau est sèche, brune, *luisante* et ressemble à du cuir. Il y a un peu d'œdème au dos de la main gauche, les deux cous-de-pied offrent une altération analogue à la peau des mains.

Martinelli à son entrée à l'hospice avait d'ailleurs été noté comme *pellagreux*.

Bien que le malade eût dépassé l'âge où l'on observe le plus souvent la paralysie générale, l'existence de cette maladie dans ce cas est des mieux démontrée, et le délire des grandeurs en particulier est tout à fait caractéristique.

L'altération de la peau des mains et des pieds ne laisse non plus aucun doute sur l'existence de la pellagre.

Observation VIII

Paralysie générale chez un pellagreux.

Sommaire. — Agriculteur, quarante ans. — Pellagre. — Affaiblissement intellectuel. — Tentative de suicide par submersion; plus tard, démence complète. — Embarras très grand de la prononciation. — Faiblesse des jambes. — Altération pellagreuse de la peau des mains.

Cavallaro (Dominique), âgé de quarante ans, agriculteur, non marié, est entré à l'hôpital de Venise le 27 février 1847.

Avant son entrée à l'asile des aliénés, cet homme avait été soigné à l'hôpital de son canton et le médecin de cet hôpital avait donné un certificat dans lequel il déclarait que Cavallaro est devenu pellagreux par suite de misère, que plus tard il a été atteint de folie et a tenté de se noyer, que depuis longtemps déjà il avait l'esprit affaibli (*obtuso di mente*) et qu'il ne pouvait plus travailler.

A son entrée, le diagnostic porté est le suivant : *imbécillité par pellagre.*

Voici quelques notes qui furent inscrites depuis la fin de février jusqu'au mois de septembre, époque où j'examinai ce malade.

28 *février.* — *Pellagre manifeste*, aspect d'imbécillité, parle difficilement (*parla con fatica*), santé affaiblie; pour traitement : régime animal.

29 *février.* — Est tranquille, mais a beaucoup de peine à parler (*dura fatica a parlare*).

17 *mars.* — Parle mieux et moins lentement.

28 *mars.* — Parle bien.

19 *mai.* — Pellagreux et stupide.

1er *juin.* — Pellagre grave.

19 *juin.* — Est atteint d'une forte diarrhée qui diminue après quatre ou cinq jours.

En septembre. — Le malade est signalé comme étant dans un état de faiblesse et de stupidité.

Voici les symptômes que je pus constater chez Cavallaro, au moment de mon examen : Cet homme est d'une taille au-dessus de la moyenne et d'une assez forte constitution.

Il paraît arrivé à un degré assez avancé de démence.

Quand on lui parle : rire niais, figure épanouie, air de satisfaction.

La mémoire est affaiblie; le malade croit n'avoir que vingt-huit ans; il n'a aucune idée du temps depuis lequel il est entré à l'hôpital.

Il passe ses journées assis sur sa chaise dans une sorte d'inertie stupide, indifférent à ce qui se fait autour de lui. La parole est très embarrassée ; le malade traîne les mots et parfois peut à peine se faire comprendre. Mouvements convulsifs des lèvres, langue tremblotante.

La démarche est chancelante, mais déjà antérieurement les membres inférieurs ont été si faibles pendant une période, que Cavallaro a dû garder le lit. Aujourd'hui les jambes sont œdématiées. Les mouvements des bras sont libres et le malade serre encore assez fortement des deux mains. La sensibilité générale paraît très affaiblie.

La peau de la face dorsale des mains est sèche, luisante, épaissie, rosée par plaques, l'altération s'étend à la face externe des bras; desquamation épidermique, et, en outre, quelques taches d'un rouge foncé. La peau du cou, sur le côté droit, présente les mêmes altérations qu'aux mains et aux bras.

Cavallaro a encore un embonpoint ordinaire, il mange bien et n'a pas de diarrhée.

Il résulte des renseignements qui ont été donnés, que la maladie de cet homme remonte à 1843.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer qu'il ne peut ici y avoir aucun doute sur l'existence de la pellagre.

D'autre part, quant à l'existence de la démence paralytique, l'embarras de parole était tout à fait caractéristique, et, bien que Cavallaro ne parût pas avoir d'idées de grandeur, il présentait au plus haut degré cet air de satisfaction et ce rire niais qu'on observe si souvent chez les aliénés paralytiques arrivés à une période avancée de la maladie.

Observation IX

Paralysie générale chez un pellagreux.

Sommaire. — Cinquante ans. — Embarras de la parole. — Démarche chancelante. — Signes de démence. — Erythème pellagreux pendant plusieurs années. — Diarrhées.

Lorenzati, âgé d'environ cinquante ans, avait été arrêté comme mendiant et envoyé à l'hospice par la police.

La note inscrite à son entrée, le 31 août 1847, porte que ce malade est tranquille, que sa santé est mauvaise et qu'il est *manifestement pellagreux* (pellagra manifesta).

Lorenzati est d'une taille élevée et assez fortement constitué ; il a un reste d'ictère.

A peine a-t-il prononcé quelques mots que je constate un très grand embarras de la parole ; l'articulation des mots est précédée de tremblements convulsifs des lèvres.

La démarche est saccadée ; le malade, quand il marche, va comme tombant d'un pied sur l'autre ; tremblements des mains ; force des bras diminuée ; sensibilité affaiblie.

Lorenzati dit qu'il a eu depuis plusieurs années, à chaque printemps, l'érythème des mains et des pieds, suivi de desquamation. Il a eu souvent la diarrhée.

Il n'a pas de délire mais sa figure est sans expression, sa mémoire très affaiblie; il n'a pas conscience de son état. Il est, dit-il, très content de sa santé.

La peau des mains est brune, un peu sèche, mais il n'y a plus de traces de desquamation. Il en est autrement sur les cous-de-pieds où on constate encore des restes de desquamation. Œdème de la partie inférieure des jambes.

Le malade a beaucoup d'appétit, mais il a néanmoins commencé à maigrir.

L'absence de renseignements sur l'état de ce malade ne permet pas de savoir si la démence a été précédée de délire, mais il n'y a aucun doute pour le diagnostic de la paralysie générale. Quant à la pellagre, on a déclaré à l'entrée qu'elle était *manifeste* et le malade déclare en effet qu'il a eu plusieurs années de suite l'érythème pellagreux et souvent aussi la diarrhée.

Observation X

Paralysie générale. — Pellagre survenue à l'hôpital.

Sommaire. — Vingt-huit ans. — Agriculteur. — Délire mélancolique. — Tentative de suicide. — Embarras de parole. — Délire ambitieux. — Faiblesse des jambes. — Paralysie des sphincters. — Altération pellagreuse de la peau des mains et du sternum.

Signorelli Angélo, âgé de vingt-huit ans, agriculteur, avait toujours été porté à la tristesse; il se nourrissait bien et buvait du vin, et même, dit-on, il en buvait beaucoup.

Sa maladie a débuté par un délire hypochondriaque, il se croyait très malade, atteint du mal *del padrone*. Il désespérait de pouvoir jamais guérir. Il a tenté de s'étrangler et menacé de se précipiter par la fenêtre. Il

s'enfuyait de sa maison et recherchait la solitude. Il est taciturne, marche lentement, refuse de manger et de prendre des médicaments.

Ce malade, avant son entrée à l'hôpital, n'avait point de signes de pellagre, mais M. le docteur Philippini a toujours vu, depuis quatre ans, l'érythème pellagreux suivi de desquamation, se développer chez lui à chaque printemps ; il n'hésite donc point à regarder Signorelli comme atteint de pellagre. Aujourd'hui, d'ailleurs, on constate les traces les plus manifestes d'une pellagre ancienne, surtout sur le devant de la poitrine : la peau est brune, d'un rouge foncé, et parsemée de taches blanches.

Voici, quant au diagnostic de la paralysie générale, les symptômes qu'offre actuellement le malade.

Signorelli a des signes de démence avec idées de grandeurs; mémoire très affaiblie. Il reçoit sa famille avec indifférence, et ne veut pas même reconnaître ses filles. Il ne réclame point sa liberté et ne demande pas mieux que de rester à l'asile dans lequel il se trouve bien. Il prétend que *l'établissement lui appartient*, *qu'il en est le maître*, et c'est pour cela qu'il ne veut pas le quitter. Il possède, d'ailleurs, en outre, *de grands biens.*

Le malade est malpropre et salit presque constamment son pantalon avec les urines et même les matières fécales.

Il a un embarras de la parole qu'on a souvent remarqué, mais qui devient parfois beaucoup plus fort, quand se produisent, de temps en temps, des signes de congestion cérébrale.

Faiblesse des jambes très appréciable quand le malade marche.

Signorelli s'expose souvent au soleil, il prétend qu'il n'en souffre pas et qu'il ne sent pas la chaleur.

Le médecin cantonal, qui a soigné ce malade avant l'en-

trée à l'hospice, a déclaré dans son certificat qu'il ne connaît pas la cause du délire, mais qu'il est porté à l'attribuer à une *constitution pellagreuse*. Il ajoute que Signorelli est né de parents sains.

Ce malade était déjà atteint de mélancolie avec tendance au suicide lorsque se manifesta l'érythème pellagreux qui depuis lors a été observé chez lui à chaque printemps.

Cet érythème au lieu de précéder le délire l'a donc suivi, mais ce fait, à mon, avis ne suffit pas pour qu'on ne voie chez ce malade qu'une *pellagre des aliénés*, qu'une *pseudo-pellagre*.

La maladie mentale en effet était récente et il n'y avait aucun signe de cachexie. Ce délire était bien celui qu'on observe chez les pellagreux et il y a eu des idées de suicide, je reviendrai d'ailleurs sur ce point.

Cet homme, dit-on, buvait beaucoup de vin, mais il est peu probable qu'il fit de grands excès, car le médecin cantonal qui le soignait, cherchant la cause de la maladie sans la trouver, ne pense même pas à signaler les excès alcooliques; dans tous les cas ces excès auraient pu contribuer à provoquer le délire. Il me paraîtrait donc difficile d'admettre que cet *agriculteur* qui avait, dit-on, une *constitution pellagreuse* et chez lequel, depuis *quatre ans*, on avait vu à *chaque printemps* se développer un érythème bien caractérisé, ne fût pas atteint de pellagre.

Observation XI

Paralysie générale chez un jeune homme de vingt et un ans né d'un père pellagreux et ayant un frère et une sœur atteints de pellagre.

Rota, âgé de vingt et un ans, avait d'abord commencé par être employé aux travaux de la campagne. Son père,

son frère aîné et sa sœur étaient déjà atteints de pellagre lorsque lui-même fut placé comme domestique en ville. Bientôt on constata chez lui des signes légers de dérangement d'esprit ; il fit des excès de boisson et resta un jour exposé au soleil en état d'ivresse. Alors éclata un accès de manie avec prédominance d'idées de grandeurs. Rota commande autour de lui il veut imposer sa volonté aux personnes qui l'entourent ; il répète qu'il est puissant, très riche et qu'il a des biens immenses. On lui met un séton à la nuque et on lui fait prendre des bains. Tout à coup, après dix jours environ, il tombe dans un état de collapsus avec embarras de parole et symptômes de paralysie générale. Le malade, depuis ce moment, laisse écouler involontairement les urines et les matières fécales. La mort a lieu au bout de trois mois. A l'autopsie, adhérences très fortes de la dure-mère au crâne ; arachnoïde très injectée, couverte d'une fausse membrane ; adhérences de la pie-mère à la couche corticale ; on ne peut enlever la membrane sans entraîner avec elle, dans plusieurs points, des portions de substance grise.

Cette observation m'a été communiquée par M. Philippini et je crois devoir la citer ici comme un fait rare de paralysie générale chez un jeune homme de vingt et un ans.

Au point de vue de l'étude de la pellagre, elle me paraît aussi offrir un assez grand intérêt. On peut en effet se demander si cette paralysie générale n'était pas d'origine pellagreuse, bien que le malade n'eût pas eu d'érythème ; comme il a été dit plus haut, en effet, son père, son frère aîné et sa sœur étaient atteints de pellagre.

Brière de Boismont rapporte à cet égard un fait intéressant qui lui a été communiqué par M. Rasori.

Ce professeur avait à son service deux domestiques « en apparence très bien portants mais qui chaque année, au printemps, offraient des symptômes d'hypochondrie. Cette remarque ayant éveillé son attention, il les interrogea et apprit d'eux qu'ils avaient eu la pellagre et que leur parents en étaient atteints (1) ».

Ainsi voilà deux malades chez lesquels, au printemps, la pellagre ne se manifestait plus que par des symptômes d'hypochondrie ; or chez le jeune homme dont je viens de rapporter l'observation, les signes d'abord légers de délire n'étaient-ils pas aussi une manifestation de la pellagre héréditaire, et cette manifestation n'a-t-elle pas été aggravée par les excès de boisson et une insolation pendant l'ivresse ?

L'hérédité ou des causes morales très vives ne peuvent-elles pas dans quelques cas modifier la marche des symptômes et faire que la folie éclate avant l'érythème? C'est ce que pensent plusieurs médecins italiens.

Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la folie paralytique?

Je crois devoir rappeler qu'il arrive assez souvent que des malades au début de la paralysie générale et sous l'influence d'un commencement de délire font des excès de boissons, et il me semble qu'il en a été ainsi chez Rota dont je viens de rapporter l'observation. Il donnait, en effet, déjà quelques signes de délire quand il commença à s'enivrer.

La paralysie générale qui éclate ici à vingt et un ans, c'est-à-dire à un âge où on l'observe si rarement, me semble donc chez ce fils et frère de pellagreux devoir être rapportée à la pellagre dont elle aurait marqué le début.

(1) Brière de Boismont — *De la pellagre*, 1834, page 52.

Elle serait survenue d'emblée comme il arrive quelquefois sous l'influence des excès alcooliques (1).

Observation XII

Érythème pellagreux et folie paralytique probablement d'origine alcoolique.

Cette observation n'a point, comme les précédentes, été recueillie en Italie, c'est un cas de *pellagre sporadique très probablement d'origine alcoolique* qui s'est présenté dans mon service à l'hospice de la Salpêtrière en 1864 (2). Il m'a semblé que ce fait dans lequel se trouvent réunis un érythème pellagreux type et une folie paralytique parfaitement caractérisée, offrait un certain intérêt pour l'objet de ce travail.

Sommaire. — Hallucinations de la vue. — Embarras de parole. — Tremblement fibrillaires des lèvres et de la langue. — Démarche chancelante. — Délire des grandeurs. — Erythème aux deux mains et au cou. — Diarrhée. — Mort. — Autopsie. — Dégénérescence graisseuse du cœur et du foie. — Sclérose de la moelle.

R..., âgée de trente-quatre ans, est entrée à la Salpêtrière le 25 juillet 1864.

Je n'ai pu avoir aucun renseignement sur les antécédents, le certificat délivré à la préfecture par M. Lasègue porte que cette femme est atteinte *d'alcoolisme.*

La malade présente les symptômes suivants : embarras de la parole, inégalité des pupilles, tremblements de la

(1) J'aurais dû ajouter ici deux autres observations de paralysie générale chez des pellagreux, mais en reprenant ce travail après un si grand nombre d'années, je n'ai plus retrouvé le cahier de notes qui renfermait ces deux faits.

(2) Je ne discute pas ici la question des *pseudo-pellagres*. Je crois qu'il y a, comme le dit Gubler, des pellagres *nostras* et le fait que je cite ici est un cas de ce genre.

langue et des muscles des lèvres, démarche saccadée, chancelante, semblable à celle des ataxiques. Incohérence avec délire des grandeurs. « *Elle dort sur de l'or, elle a plus de cent mille francs, elle se plaint qu'on lui a volé ses diamants*, etc. »

Pendant les premiers jours elle a semblé en proie à des hallucinations de la vue; elle faisait des gestes comme pour éloigner des objets imaginaires; elle semblait vouloir les désigner avec les doigts. Sensibilité générale très faible.

On observe un érythème sur le dos des deux mains où la peau est d'un rouge brun; un érythème semblable existe sur la partie postérieure du cou que la robe laisse à découvert. La peau du front est aussi de couleur bronzée et plissée.

Quelques jours après l'entrée, l'épiderme au niveau des poignets, limite de l'érythème, est soulevé par de larges bulles. Bientôt cet épiderme et celui du dos des mains sont enlevés sur des surfaces assez larges et le derme mis à nu est rose et saignant.

Au commencement d'août l'état s'aggrave : lèvres fendillées et fuligineuses, soif ardente. La malade se plaint qu'elle a le feu dans l'estomac. Faiblesse extrême, diarrhée. La malade meurt le 10 août, quinze jours après son entrée à l'hospice. *Autopsie.* — Le cerveau pèse 1035 grammes ; la pie-mère est congestionnée ; aucune adhérence des membranes à la couche corticale ; substance grise rosée dans certains points; couches optiques et corps striés très injectés ; substance blanche congestionnée , congestion du cervelet et du bulbe.

La moelle au dehors paraissait saine, mais des coupes permettent de constater un commencement de sclérose des cordons postérieurs. L'examen microscopique a été

fait avec beaucoup de soin par M. Bouchard, l'altération était celle qu'on trouve dans l'ataxie locomotrice.

Cet examen microscopique n'a au contraire fait découvrir aucune altération dans la couche corticale des circonvolutions.

Dégénérescence graisseuse du cœur et du foie. Les poumons étaient sains (1).

Le docteur Nobili et la commission de Piémont ont depuis longtemps appelé l'attention sur l'influence des excès alcooliques comme propres à favoriser l'apparition de la pellagre dans les pays où elle est endémique. Un certain nombre de faits prouve que ces mêmes excès peuvent provoquer des cas de pellagre sporadique qu'on a désigné sous la dénomination de *pellagre alcoolique.*

L'observation qui précède est selon toute probabilité un cas de cette pellagre alcoolique; mais elle offre cela d'intéressant que la malade était en même temps atteinte de folie paralytique, et c'est par là que ce fait se rattache à l'objet principal de ce travail.

Les observations que je viens de rapporter me semblent prouver que la paralysie générale n'est pas rare chez les pellagreux. Or ce fait n'ayant été signalé par aucun des auteurs qui ont écrit sur la pellagre, j'ai cru pouvoir en conclure que la paralysie générale a dù assez souvent être confondue avec la paralysie pellagreuse.

Il me semblait donc que la pellagre devait être regardée comme l'une des causes de la paralysie générale.

Cette opinion n a point été admise.

On a dit que si les pellagreux pouvaient être atteints de

(1) M. Bouchard a publié le résultat des recherches qu'il a faites sur le système nerveux, le cœur, le foie et les muscles de la femme R... dans la *Gazette médicale* de 1864.

M. Regnard, alors interne dans mon service, a communiqué l'observation très détaillée à la Société anatomique. (Voir les bulletins de 1864.)

paralysie générale les faits de ce genre devaient être extrêmement rares et dus à de simples coïncidences; on a fait remarquer que les pellagreux n'avaient pas plus que les autres hommes, le privilège d'être à l'abri de la paralysie générale, mais on a nié qu'il y eût aucun rapport étiologique entre cette maladie et la pellagre (1).

La lettre suivante adressée au docteur Gaetano Strambio et publiée, en 1849, dans les *Annales médico-psychologiques* est une réponse aux critiques que je viens de rappeler :

A monsieur le docteur Gaetano Strambio.

MON CHER CONFRÈRE ET AMI,

Le travail que j'ai lu à l'Académie de médecine sur la paralysie pellagreuse a été, de la part de deux médecins de Milan, les docteurs Rizzi et Verga, l'objet de nombreuses critiques (2). Le docteur Verga surtout a attaqué ce travail par sa base, dans deux mémoires insérés dans la *Gazette médicale de Milan.* J'aurais répondu plus tôt aux objections qui m'ont été adressées, si vous-même n'aviez pris spontanément ma défense. Votre mémoire est si précis que j'avais résolu de garder le silence; mais le second travail du docteur Verga vient de prouver que cet honorable médecin n'est pas complètement convaincu, et que vos arguments ont encore laissé des doutes dans son esprit. Quelque reconnaissant que je sois de la preuve d'amitié que vous m'avez donnée, je ne saurais désormais rester étranger à cette polémique. Le docteur Verga est d'ailleurs votre collaborateur et votre ami, et si le débat doit continuer, il est naturel qu'il soit soutenu par moi.

(1) Voir la *Gazette médicale de Lombardie* 1848, page 425; 1849, pages 9, 45, 90, 270.

(2) Ce travail a été publié dans les *Mémoires de l'Académie de médecine* de 1847; il sera reproduit plus loin.

Je me bornerai à discuter ici le fait principal, m'en rapportant pour tout le reste aux arguments que vous avez vous-même présentés, et que je serais obligé de reproduire.

M. Verga, sans nier d'une manière absolue l'existence de la paralysie générale pellagreuse, déclare n'en avoir pas rencontré un seul cas (1).

De la part d'un médecin placé dans d'autres conditions, peut-être serait-il facile d'atténuer ce fait ; mais je ne veux point dissimuler qu'il a ici une très grande gravité.

M. Verga est médecin de l'hospice de la Senavra ; il est placé sur le théâtre le plus vaste : il a donc tous les éléments de l'observation. Dire qu'il n'a pas rencontré un seul cas de paralysie générale pellagreuse, c'est à peu près conclure contre l'existence de cette maladie, et détruire le point principal de mon travail.

Qu'ai-je voulu prouver, en effet? Que la pellagre, qui entraîne à sa suite tant de méningites, de manies, de mélancolies, etc., était aussi suivie assez souvent de paralysie générale ; qu'il était, par conséquent, nécessaire d'assigner à cette maladie quelques pages à part dans l'histoire de la pellagre, comme on l'a déjà fait pour la méningite et la folie pellagreuse.

Il est évident que je me suis trompé, si les pellagreux ne sont atteints de paralysie générale que dans des cas très rares, et tout à fait exceptionnels ; car ces pellagreux, comme l'a dit avec raison M. Verga, ne sont pas plus que les autres hommes à l'abri des affections de toute nature.

Et d'abord, j'aurais à m'appuyer sur ce que j'ai vu pendant mon voyage en Lombardie ; j'aurais à dire que j'ai recueilli douze observations au moins de paralysie générale pellagreuse ; mais je comprends que ce serait là un

(1) *Gazette médicale de Milan*, n° du 12 mars, p. 91, et n° du 28 juin 1849, p. 270.

mauvais début (1). Je suis allé à Milan pour chercher la paralysie générale chez les pellagreux ; j'y suis arrivé avec des idées préconçues ; j'aurais pu, avec des préventions, me laisser entraîner à des erreurs toujours faciles dans la position où je me trouvais, etc., etc. Voilà ce qu'on a déjà dit, et ce qu'on ne manquerait pas de répéter. Je supposerai donc que je n'ai rien vu ni rien observé, et c'est à vos compatriotes eux-mêmes que je demanderai des preuves contre M. Verga. Mon voyage, en effet, m'a permis de recueillir les documents qui paraissent suffire pour trancher la question.

1° *Statistique inédite de M. Bonacossa, médecin en chef de l'asile des aliénés à Turin.* — M. Bonacossa a observé assez souvent, et depuis longtemps, la paralysie générale avec délire ambitieux chez des paysans pellagreux. Je me bornerai, pour le prouver, à citer la statisque de 1843. Il est entré pendant cette année à l'asile de Turin 256 aliénés, 145 hommes et 111 femmes.

Sur ce nombre, 29 seulement étaient atteints de pellagre.

Or, sur ces 29 malades, *cinq*, 1 homme et 4 femmes, présentaient tous les signes de la *paralysie générale avec délire ambitieux.*

N'êtes-vous pas, mon cher confrère, frappé comme moi d'un résultat aussi remarquable.

Voici M. Bonacossa n'ayant, quant à la pellagre, qu'un champ très restreint d'observation, et qui trouve la paralysie générale des aliénés, la véritable paralysie avec délire ambitieux, 5 fois sur 29 malades, c'est-à-dire dans plus d'un sixième des cas.

M. Verga, au contraire, qui est à même de voir à Milan les aliénés pellagreux, presque par centaines, M. Verga

(1) Voir les observations cliniques rapportées plus haut.

n'a pas rencontré un seul cas de paralysie générale chez ces malades!

Pourquoi cette différence à Turin et à Milan?

M. Bonacossa a-t-il cru voir des cas de paralysie générale là où il n'y en avait pas, ou bien M. Verga a-t-il méconnu ceux qui ont dû se présenter à son observation? Je n'ai pas besoin de vous dire à cet égard mon opinion, mais je chercherai plus tard à expliquer cette différence si étrange dans l'observation de deux médecins, placés à trente lieues de distance à la tête de deux grands asiles d'aliénés.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de regretter de n'avoir pas commencé, au lieu de finir mon excursion scientifique, à Turin.

A Milan, personne n'avait vu la maladie que je cherchais, et quand surtout je parlais de délire ambitieux chez les pellagreux, on m'affirmait que ce délire n'existait pas (1). Si je n'étais parvenu à découvrir par moi-même quelques cas, j'aurais eu lieu de me désespérer. A Turin, au contraire, je me serais trouvé tout d'abord d'accord avec M. Bonacossa, et la statistique citée plus haut m'eût démontré que je ne m'étais pas trompé quand j'avais cru reconnaître, dans les auteurs qui ont écrit sur la pellagre, une foule de passages incomplets, il est vrai, mais qui ne laissaient guère de doute sur l'existence assez fréquente de la paralysie générale chez les pellagreux.

Peut-être en publiant plus tôt l'opinion et les statistiques de M. Bonacossa, aurais-je prévenu les critiques dont mon travail a été l'objet. M. Verga, en effet, eût sans nul doute accordé une grande importance à l'opinion d'un médecin justement estimé, et que je suis heureux d'avoir désormais pour auxiliaire dans la cause que je défends.

(1) Je dois excepter le docteur Piccioli, qui s'est rappelé avoir vu des idées de grandeur chez des aliénés par suite de pellagre.

2° *Opinion de M. Girelli, directeur des hôpitaux de Brescia, et ancien médecin en chef de l'asile des aliénés.* — Lorsque je visitai l'asile des aliénés de Brescia, je reçus, quant à l'existence de la paralysie générale pellagreuse, les mêmes réponses négatives qui m'avaient déjà été faites dans les hôpitaux de Milan et de Venise. Cependant, outre les faits que j'ai recueillis, j'ai retrouvé depuis lors dans un compte rendu de l'année 1844, la preuve que la maladie que j'étudiais avait été souvent observée antérieurement dans cet asile.

M. Girelli a publié, en 1830, sur la pellagre, un travail dans lequel il n'a pas fait mention de la paralysie générale. Il n'en dit rien non plus dans le rapport sur l'asile des aliénés pour 1846. Dans les tableaux statistiques qui accompagnent le rapport de 1844, les malades sont classés sous les noms de maniaques, mélancoliques et déments, et l'on ne voit nulle part figurer les paralytiques.

Ceci explique comment un passage de ce dernier rapport, indiquant de la manière la plus explicite la fréquence de la paralysie générale chez les pellagreux, a pu passer tout à fait inaperçu ; comment aucun des auteurs, qui ont écrit sur la pellagre, n'en a jusqu'à présent fait mention. Voici ce passage que je n'ai moi-même connu que depuis mon retour à Paris. Il est d'une telle précision, qu'aucun doute n'est possible.

Après avoir d'abord parlé des malades chez lesquels la démence survient comme une sorte de terminaison de la manie et de la mélancolie, l'auteur ajoute qu'il y a des démences primitives dont il a vu aussi plusieurs centaines de cas, et qui sont surtout très fréquentes chez les pellagreux ; ensuite il poursuit ainsi :

« Chez une grande partie de ces déments, et spécialement chez ceux dont la maladie reconnaissait pour cause la *pella-*

gre, l'apoplexie ou l'intempérance, j'ai souvent observé à tous ses degrés la *paralysie des aliénés*, que le célèbre professeur Esquirol a si savamment décrite, et qui, attaquant quelquefois seulement les muscles qui servent aux mouvements volontaires, produit d'abord une démarche vacillante, et graduellement une immobilité complète. Cette paralysie n'atteint pas seulement les membres, mais souvent aussi elle s'étend aux mouvements de la langue, de telle sorte que les malades, comme *s'ils étaient dans l'ivresse parlent difficilement*, ont de la peine à trouver les mots, et, quand ils les ont trouvés, éprouvent *de la difficulté à les prononcer.* »

Tout cela est si net et si précis, qu'il est inutile de rien ajouter.

La *paralysie générale des aliénés*, celle qui a été si bien décrite par Esquirol, *a donc été observée souvent à Brescia*, chez les pellagreux, pendant les années 1838-39-40-41.

Comment M. Girelli, quatre ans plus tard, lorsqu'il a publié un second rapport pour les années 1842 et 1843, n'a-t-il plus fait aucune mention de la paralysie générale, non seulement chez les pellagreux, mais même chez les aliénés ordinaires ? Comment se fait-il qu'en 1847, la même maladie fut, pour ainsi dire, complètement ignorée dans un asile où M. Girelli l'avait souvent observée sept ou huit ans auparavant ? Voilà ce que je ne saurais expliquer que par le peu d'importance que l'auteur a accordé à ce fait. Aussi, malgré l'insertion du mémoire de M. Girelli dans un recueil médical très répandu, l'existence fréquente de la paralysie générale pellagreuse, à Brescia, est restée ignorée des médecins spéciaux les plus compétents, et c'est ce que prouvent entre autres les critiques des docteurs Rizzi et Verga.

J'examinerai ailleurs jusqu'à quel point il importait,

pour l'histoire de la pellagre et de la paralysie générale des aliénés, d'appeler l'attention d'une manière spéciale sur la paralysie générale pellagreuse. Je me borne ici à opposer à l'assertion si positive de M. Verga, qui n'a, dit-il, jamais rencontré cette maladie, l'assertion également positive de M. Girelli, qui l'a souvent observée à Brescia.

L'opinion de ce médecin, dont personne ne contestera le mérite et la parfaite compétence, rapprochée de celle de M. Bonacossa, vient, comme on voit, mettre un grand poids dans la balance, et je craindrai moins désormais de parler des résultats de ma propre observation. Je crois cependant devoir invoquer encore d'autres preuves empruntées à des médecins italiens.

3° *Travaux de Liberali sur la manie pellagreuse.* — L'auteur de la première monographie qui ait paru sur la paralysie générale des aliénés, M. Bayle, décrit cette maladie sous le nom de *méningite chronique*. Il explique les signes légers de la première période par la congestion sanguine dans les vaisseaux de la pie-mère enflammée, et par un commencement d'infiltration de sérosité; il attribue les progrès de la paralysie à l'accroissement des épanchements séreux.

Or, il est très remarquable que Liberali se soit attaché dans plusieurs mémoires, à démontrer que la manie pellagreuse est due aussi à une inflammation de la pie-mère suivie bientôt d'épanchements séreux.

D'après cet auteur, les caractères anatomiques de la méningite chronique et de la manie pellagreuse sont absolument les mêmes. Ce sont l'épaississement des membranes, l'opacité de l'arachnoïde, *les adhérences à la surface du cerveau*, l'infiltration séreuse de la pie-mère, les épanchements dans les ventricules (1).

(1) Liberali, 1831, p. 89.

Mais si les lésions anatomiques sont les mêmes, il doit très certainement se trouver beaucoup d'analogie dans les symptômes. Ici les travaux de Liberali laissent, il est vrai, beaucoup à désirer. Je crois que cet auteur, comme M. Roussel, comme M. Rizzi, comme tous les médecins que j'ai vus en Lombardie, n'a jamais distingué la véritable paralysie générale de la titubation convulsive, et je n'en voudrais d'autres preuves que les guérisons nombreuses qu'il a obtenues. Mais si les symptômes sont incomplètement indiqués et confondus avec d'autres, il ne peut être douteux qu'aux lésions anatomiques de la paralysie générale rencontrée chez les pellagreux, n'aient aussi répondu les signes de la même maladie. « Si l'on veut réfléchir, dit Liberali, que les pellagreux atteints de manie *présentent très vite des symptômes d'épanchement du cerveau*, et que ceux qui succombent *meurent en général par suite de cet épanchement*, on trouvera une preuve de plus pour admettre que la manie pellagreuse dépend d'une inflammation de la pie-mère. »

Quant aux symptômes de ces épanchements survenant chez des maniaques pellagreux l'auteur ajoute plus loin que dans des cas nombreux « à la fureur, au délire, succèdent la taciturnité, un état d'hébétude, l'immobilité; la physionomie perd toute expression (*avvilita*), et le malade, privé de mouvement, est forcé de rester couché sur le dos ».

Ces symptômes, quand ils ont été observés chez des maniaques, après la mort desquels on trouve l'arachnoïde opaque, épaissie et *adhérente à la couche corticale*, appartiennent certainement à la paralysie générale; et en cela je crois pouvoir affirmer que tous les médecins qui connaissent cette maladie seront de mon avis.

Mais ce qui jette ici quelque embarras, et ce qui me pa-

raissait tout à fait inexplicable avant mon voyage en Lombardie, c'est que beaucoup de pellagreux, après avoir donné ou non des signes de folie, ont la démarche chancelante, deviennent stupides, lâchent involontairement les urines et les matières fécales, et cependant guérissent. Ce sont ces guérisons que je ne pouvais comprendre avant de m'être convaincu par l'observation directe que ces aliénés pellagreux ne sont pas de véritables paralytiques. J'ai eu occasion de faire, avec le docteur Piccioli, l'autopsie d'une de ces malades atteinte de délire avec une extrême faiblesse des jambes et du tremblement des membres. Je n'ai rencontré, ni dans les membranes, ni dans le cerveau, ni dans le canal rachidien, aucune espèce d'altération appréciable. Il est donc certain que ce n'est pas dans les cas de ce genre que Liberali a trouvé les membranes épaissies, l'arachnoïde opaque et adhérente, la distension des ventricules par la sérosité (1).

Ce qu'il m'importe d'établir, c'est que Liberali a vu souvent toutes ces altérations dans le cerveau des maniaques pellagreux, et que ceux-là étaient atteints de paralysie générale.

C'est donc une autorité de plus à ajouter à celle de MM. Bonacossa et Girelli.

4° Je n'ai plus à citer des hommes auxquels leurs travaux ont déjà conquis une place honorable dans la science;

(1) Je crois devoir faire remarquer que Liberali parle des adhérences membranes à la couche corticale, comme d'une lésion commune chez les pellagreux.

Il a, dit-il, trouvé dans les nombreuses autopsies qu'il a faites l'*arachnoïde opaque épaissie, adhérente au cerveau* (*aderente alla massa dello encefalo*), et la pie-mère déjà rouge, injectée, enflammée, infiltrée de sérosité (page 89). Il cite ailleurs, l'observation d'une femme *non pellagreuse* morte d'arachnitis et chez laquelle il trouva l'arachnoïde déjà opaque *extrêmement adhérente aux circonvolutions* (*aderentissima alla massa encefalica*) et il ajoute que, à part le degré, ce sont les mêmes lésions qu'on trouve dans la *manie pellagreuse* (page 79).

mais il me reste à faire connaître un document emprunté aux registres de la *Senavra*, et qui me paraît avoir une assez grande importance.

Un pellagreux aliéné âgé de quarant-trois ans fut admis dans l'asile, après avoir été saigné plusieurs fois ; il fut de nouveau saigné, après son entrée, il succomba le neuvième jour.

On avait observé chez ce malade l'embarras de parole qu'offrent les aliénés paralytiques arrivés à la dernière période. Les paroles étaient *tronquées* et *comme solfiées* (*accenti troncati con solfeggio*), à l'autopsie, on trouva les méninges épaissies et infiltrées de lymphe plastique. Il y avait dans les ventricules une grande quantité de sérosité, la substance grise était rosée et la substance blanche injectée.

L'auteur ne mentionne pas d'adhérences des membranes à la couche corticale, mais il signale cette observation comme un cas de ce qu'il appelle l'*encéphalite pellagreuse*, et il ajoute que cette maladie est plus fréquente qu'on ne pense. l'inflammation, dit-il, commence par les méninges et s'étend à la couche corticale, ce qui explique la couleur rouge de la substance grise qu'on constate dans beaucoup de cas de méningites.

Quelle singulière analogie entre cette opinion et celle de Liberali qui n'est, au fond, que celle de Bayle ! N'est-il pas curieux de voir, dans les registres même de la Senavra, signaler une encéphalite pellagreuse et cela à propos d'un malade qui avait l'embarras de parole caractéristique de la dernière période de la paralysie générale.

5° Je puis, je crois, désormais, appuyé sur l'opinion de MM. Bonacossa et Girelli, sur les travaux de Liberali, sur le document recueilli à la Senavra, parler des résultats de ma propre observation.

J'ai vu dans les hôpitaux de Milan, de Venise et de Brescia, douze malades au moins atteints de paralysie générale pellagreuse. C'est assez pour affirmer que cette maladie existe, que même elle est loin d'être rare; c'est trop peu pour me permettre d'indiquer son degré de fréquence.

Pour prononcer sur ce point il faudrait avoir l'histoire exacte de tous les malades, et pouvoir les examiner et les interroger un à un. Or, dans les conditions où se trouve un médecin étranger qui parcourt les hôpitaux, cela est tout à fait impossible. Je serai toujours reconnaissant de l'accueil bienveillant que j'ai reçu des médecins dans les hôpitaux que j'ai visités; mais je comprenais moi-même qu'il y a des limites qu'il ne faut pas dépasser. D'ailleurs il eût fallu pour cela, beaucoup plus de temps que je n'en avais à ma disposition. C'est en parcourant des salles ou des cours dans lesquelles étaient réunis les malades que j'ai été amené, tantôt par l'examen de la démarche, tantôt seulement du *facies*, à m'adresser à quelques aliénés pellagreux, parmi lesquels j'ai trouvé des paralytiques. Alors mon examen pour ceux-là a été fait avec soin, et j'ai dans tous les cas recueilli, outre les signes actuels, des renseignements sur les antécédents. Je suis donc convaincu qu'il y a dans les hôpitaux que j'ai visités plus de cas de paralysie générale que je n'en ai rencontré.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que ces malades succombent souvent très rapidement. Ainsi j'ai recueilli à la Senavra l'observation de six malades qui ne sont pas restés en moyenne plus de six semaines à l'hôpital. Il importe donc de faire remarquer qu'il ne faut pas juger de la proportion des paralytiques par rapport aux autres aliénés par le nombre de ceux qu'on trouve dans les établissements. Les

aliénés incurables vivent souvent un grand nombre d'années et peu à peu ils s'accumulent dans les asiles ; les paralytiques, au contraire, ne font pour ainsi dire que passer.

En résumé, sans parler même des travaux de Liberali, qui sont cependant d'un si grand poids dans la question, sans parler du document recueilli à la Senavra, on voit :

1° Que M. Bonacossa, médecin en chef de l'asile de Turin, a, pendant la seule année 1843, rencontré cinq cas de paralysie générale avec délire ambitieux sur vingt-neuf aliénés pellagreux ;

2° Que M. Girelli, médecin en chef de l'asile des aliénés de Brescia, déclare, de la manière la plus précise, qu'il a souvent vu cette maladie comme terminaison de la démence produite par la pellagre ;

3° Que j'ai pu moi-même, placé dans des conditions défavorables, rencontrer douze cas au moins de paralysie générale chez des pellagreux dans divers hôpitaux de la Lombardie, ce qui suppose que cette maladie est loin d'y être rare.

Les faits énoncés dans la lettre qui précède, me paraissent suffire pour prouver que la pellagre est l'une des causes de la paralysie générale.

Il reste à indiquer comment cette maladie a pu passer inaperçue chez les pellagreux.

En 1847, j'ai trouvé à l'asile de la Senavra de Milan plusieurs aliénés qui, d'après les feuilles de diagnotic, étaient atteints de *méningite lente* ou de *gastro-méningite* (*meningitis lenta*, *gastro-meningitis*).

Ces malades offraient les symptômes de la paralysie générale la mieux caractérisée.

En compulsant les registres d'observations de l'asile, je constatai d'autres faits semblables.

J'ai publié, en 1853, plusieurs de ces observations dans les *Annales médico-psychologique* (1).

D'autre part, comme on l'a vu plus haut, j'avais trouvé aussi dans des registres de la Senavra un cas de paralysie générale sous la dénomination d'*encéphalite pellagreuse*, et l'auteur de l'observation ajoutait que les encéphalites pellagreuses sont plus fréquentes qu'on ne pense.

Enfin, la première observation de paralysie générale que j'ai recueillie au grand hôpital de Milan, était celle d'un malade dont la feuille de diagnostic indiquait simplement que ce malade était atteint de *tabes pellagrosa*.

Comme on le voit, en 1847 je trouvais déjà la paralysie générale méconnue sous les dénominations de *méningite lente*, de *gastro-méningite*, d'*encéphalite pellagreuse*, de *tabes pellagrosa*.

Depuis lors M. Verga non seulement a confirmé ces faits, mais il a constaté que la paralysie générale passait encore inaperçue sous d'autres dénominations.

Dans un mémoire publié en 1872, l'éminent médecin de Milan déclare que la paralysie générale en Italie est plus fréquente qu'on ne l'a cru et qu'on ne le croit encore, mais qu'elle a été souvent méconnue sous les dénominations d'*apoplexie lente*, d'*angiodesie*, d'*hemormesie cérébrale*, de *meningo-encéphalite*.

M. Verga, Il est vrai, veut surtout parler ici des cas de paralysie générale méconnus chez des malades non pellagreux, mais il est inutile de faire remarquer que la même confusion a dû se produire chez ceux qui étaient atteints de pellagre.

Il est donc certain que des cas de paralysie générale,

(1) Voir aux notes complémentaires de la *Paralysie générale à l'hospice de la Senevra.*

chez les pellagreux, sont passés inaperçus sous les dénominations diverses que je viens de rappeler.

Il importe, en outre, de faire remarquer qu'en 1847 l'attention n'avait guère été fixée que sur la forme expansive de la paralysie générale, la forme mélancolique n'avait point été étudiée, et chez les pellagreux cette forme a pu surtout être souvent méconnue.

Il a dû en être de même de la forme démente.

Je chercherai d'ailleurs dans le travail suivant à démontrer l'extrême analogie des symptômes de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale, et comment les deux maladies ont pu être confondues.

Il convient de faire remarquer que l'existence de la paralysie générale chez un certain nombre de pellagreux n'a d'ailleurs rien qui doive surprendre. Il suffit, en effet, de se reporter aux accidents cérébraux provoqués par la pellagre et aux lésions anatomiques constatées par les auteurs et en particulier par Labus et Liberali chez un grand nombre d'aliénés pellagreux, pour comprendre que la complication de paralysie générale peut se produire assez souvent.

Il importe, en outre, de rappeler que la folie pellagreuse, comme les folies paralytique et alcoolique, est, dans beaucoup de cas, associée pendant ses premières périodes à des troubles musculaires de nature ataxique, et que si les malades ne guérissent pas, cette folie se termine par la démence et les troubles musculaires par la paralysie.

Quant aux lésions anatomiques, on a très souvent constaté l'opacité et l'épaississement des méninges, les épanchements séreux et l'atrophie des circonvolutions ; or, on sait que pour Bayle, comme je l'ai déjà dit plus haut, la folie paralytique n'était pas autre chose qu'une méningite chronique. Il expliquait les symptômes de paralysie par la compression que produisaient les épanchements séreux.

Quant à la périencéphalite, elle n'était pour lui qu'une complication fréquente due à l'extension de l'inflammation des méninges au cerveau.

Sans doute ces opinions ne sont plus admises, mais ne convient-il pas néanmoins de les rappeler quand il s'agit des pellagreux après la mort desquels on trouve les lésions de la méningite chronique avec des épanchements séreux et l'atrophie des circonvolutions. Ne doit-il pas arriver, dans des cas plus ou moins nombreux, que l'inflammation des méninges s'étend à la couche corticale et provoque ces adhérences des membranes trouvées par Liberali chez les maniaques pellagreux ?

Il importe encore de faire remarquer quant à l'influence de la pellagre sur la production de la paralysie générale, que cette dernière maladie si fréquente dans les grands centres de population, est au contraire très rare chez les agriculteurs. Or, les malades dont j'ai recueilli les observations étaient des habitants de la campagne.

De tout ce qui précède et surtout des observations cliniques que contient ce travail, je crois pouvoir conclure qu'on doit admettre une paralysie générale d'origine pellagreuse comme on admet une paralysie générale d'origine alcoolique.

La pellagre est donc l'une des causes de la paralysie générale.

Il importait, je crois, de signaler ce fait, aussi bien pour l'histoire de la pellagre que pour celle de la paralysie générale. Il soulève d'ailleurs une question de diagnostic différentiel qui me paraît avoir quelque intérêt et qui sera examinée plus loin.

Dans tous les cas où la paralysie générale a été méconnue chez les pellagreux, on l'a en effet confondue avec la paralysie pellagreuse. Or, cette confusion ne pouvait

cesser tant qu'on n'avait pas démontré par des observations cliniques l'existence de la paralysie générale chez les pellagreux.

II

Analogie des symptômes de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale.

La folie pellagreuse diffère des simples vésanies par son association très fréquente avec des troubles musculaires. Ces troubles précèdent le plus souvent l'invasion du délire, mais ils persistent lorsque celui-ci a éclaté. Ils consistent en une débilité générale à laquelle s'ajoutent des tremblements des membres, la démarche est saccadée, comme convulsive, et M. Roussel a comparé cet état à la chorée. On observe aussi souvent des troubles de la parole.

Si la guérison n'a pas lieu ou si les accès se reproduisent la folie se termine par la démence et la paralysie succède aux symptômes ataxiques.

Les lésions purement nerveuses ou congestives, auxquelles on rattachait les symptômes des premières périodes, sont alors remplacées par des lésions organiques incurables. « L'observation analytique des faits, dit M. Roussel, permet de séparer, mieux encore que ne l'aurait fait Strambio, la débilité primitive qui naît brusquement, coïncide avec les phénomènes spasmodiques, et semble, comme eux, être un effet de l'intoxication, de la débilité consécutive qui se montre après que les phénomènes spasmodiques ont disparu, qui s'accroît de plus en plus à mesure que les intoxications se répètent, et qui constitue

enfin la *paralysie pellagreuse et persiste jusqu'à la mort des malades comme le caractère prédominant de l'état incurable* » (page 57).

Le même auteur fait remarquer ailleurs que la démence dans la pellagre *n'est qu'un état consécutif qui succède à la folie proprement dite, en même temps que l'affaiblissement paralytique va prédominant;* et il ajoute que cette démence marche le plus souvent avec la cachexie pellagreuse (page 47).

Comme on le voit, il y a dans la pellagre une débilité musculaire consécutive qui en s'aggravant constitue la *paralysie pellagreuse*, et une *démence consécutive* dont les progrès suivent ceux de la paralysie.

Bien que très différentes dans leurs premières périodes, la folie pellagreuse et la folie paralytique ont donc cela de commun qu'elles se terminent par une *démence paralytique*, car, ainsi que le dit M. Roussel, en même temps que la démence succède à la folie, l'*affaiblissement paralytique va prédominant.*

Il reste à étudier les caractères de cette paralysie des pellagreux qui, comme on vient de le voir, marche parallèlement avec la démence.

Strambio a distingué la *débilité* des pellagreux selon qu'elle *atteint tous les membres ou qu'elle est bornée aux membres inférieurs.* Il désigne cette dernière sous la dénomination de *paraplégie.*

Il a soin de faire remarquer que la débilité ne doit pas être attribuée à la faiblesse de l'inanition, à la phtisie, ou à des diarrhées prolongées, car on l'observe, dit-il, chez des pellagreux qui conservent de l'embonpoint et ont une apparence de santé.

La parésie générale chez les pellagreux est d'ailleurs admise par tous les auteurs, mais la plupart font remar-

quer qu'elle apparaît d'abord et qu'elle est plus prononcée dans les membres inférieurs.

Ce fait, comme l'ont dit MM. Lusana et Frua, s'explique de la manière la plus simple. D'après eux il y a parésie de *tout le système musculaire*, mais on la constate d'abord dans les membres inférieurs parce qu'ils supportent le poids du corps.

Ces auteurs ne croient donc pas qu'il y ait dans la plupart des cas de *véritables paraplégies.*

M. Calmeil avait fait la même remarque pour la paralysie générale des aliénés et il avait donné la même explication.

Un médecin français qui a observé la pellagre dans la Haute-Garonne, M. Calès, écrivait, bien longtemps après Strambio, le passage suivant :

« Dans divers cas, les progrès du mal amènent, dit-il, une exaltation des idées et une manie aiguë se dessine bientôt, ou bien on voit survenir une *paralysie générale* ou une paraplégie après l'arrivée de l'aliénation mentale et souvent sans qu'elle ait précédé. »

Il me paraît d'ailleurs inutile d'insister sur ce point. Tous les auteurs reconnaissent en effet, comme je l'ai dit plus haut, que la débilité, qui est l'un des premiers et des principaux symptômes de la pellagre, s'étend à *tout le système musculaire;* or, c'est cette débilité que M. Roussel appelle *consécutive* qui, comme il le dit, finit dans les dernières périodes par constituer la *paralysie pellagreuse* (1).

Cette paralysie générale reste d'ailleurs incomplète jusqu'à la fin; la station devient impossible, mais le malade étant couché peut soulever les jambes.

(1) Cela n'empêche pas qu'il ne puisse se produire assez souvent chez les pellagreux de véritables paraplégies et même quelques cas d'hémiplégie.

En outre la marche de cette paralysie incomplète est progressive.

M. Roussel, quand il établit le diagnostic différentiel de la paralysie générale et de la paralysie pellagreuse, rappelle que cette dernière est précisément une *paralysie incomplète* et *lentement progressive*.

M. Bouchard a émis la même opinion et admet aussi que la paralysie pellagreuse est progressive et reste incomplète jusqu'à la fin.

Dans la démence paralytique pellagreuse la paralysie donc a pour caractères principaux :

1° D'être générale;

2° D'avoir une marche progressive;

3° De rester incomplète jusqu'à la fin.

Ai-je besoin de rappeler que ces trois caractères sont précisément ceux de la paralysie générale des aliénés?

Les deux paralysies, comme je l'ai déjà dit dans mon mémoire de 1847, ont donc entre elles la plus grande analogie (1).

Voyons maintenant comment on peut établir le diagnostic différentiel.

III

Diagnostic différentiel de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale.

Les auteurs qui ont étudié le diagnostic différentiel de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale ont indiqué un certain nombre de caractères qui ne me paraissent avoir qu'une assez faible importance.

(1) J'ai même dit dans ce mémoire que dans *la plupart des cas* les deux paralysies *étaient identiques;* mais on verra plus loin que l'erreur sur ce point était facile à commettre.

C'est ainsi, par exemple, qu'on a fait intervenir l'étiologie différente des deux maladies et qu'on a opposé la misère et les privations des paysans pellagreux aux excès des aliénés paralytiques des grandes villes.

Peut-être a-t-on oublié quant à ce point que la paralysie générale est très fréquente dans les classes pauvres des grandes villes, et qu'elle est, surtout chez les femmes, assez souvent la conséquence de la misère et d'excès de travail et de veilles.

Il convient aussi de rappeler que l'hérédité vésanique est un élément étiologique commun à la folie pellagreuse et à la folie paralytique.

On a aussi invoqué la différence des symptômes pendant les premières périodes, mais il importe de faire remarquer que la paralysie générale des aliénés chez les pellagreux doit être considérée comme une complication qui survient à des époques variables pendant le cours de la maladie.

Les rapports de la paralysie générale et de la pellagre sont les mêmes que ceux de la paralysie générale et de l'alcoolisme. C'est une complication ou, si l'on veut, un mode de terminaison de la maladie.

Il faut donc, dans tous ces cas, se préoccuper avant tout des symptômes qui peuvent servir au diagnostic de la paralysie générale et non de ceux, en effet, très différents qui appartiennent à la pellagre ou à l'alcoolisme.

Sans insister sur ces faits je me bornerai à citer ici un passage dans lequel M. Roussel me semble avoir bien indiqué les principaux éléments du diagnostic différentiel.

Après avoir exposé les symptômes communs à la paralysie pellagreuse et à la paralysie générale, l'auteur poursuit ainsi :

« C'est donc, dit-il, dans les *caractères particuliers de l'embarras de la parole* et dans ceux du *délire*, et enfin

dans le *siège*, qu'il faut chercher surtout les éléments principaux du diagnostic différentiel.

« Le bégaiement paralytique est certainement un élément précieux du diagnoctic; la parole des pellagreux est *lente, pénible, souvent hésitante;* jamais je n'ai observé ce tremblement accentué, cette espèce de solfège, cet effort pour lancer les mots qui a été décrit par les aliénistes. On comprend cependant qu'au début de la paralysie générale, quand le trouble de la parole est peu prononcé, ce n'est qu'avec beaucoup d'attention qu'on pourra saisir sûrement les nuances différentielles » (page 168).

Il résulte des passages que je viens de citer que le diagnostic différentiel de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale doit principalement être basé sur les caractères particuliers que présente l'embarras de la parole, sur la nature du délire et enfin sur le siège de la paralysie.

Je vais examiner successivement ces trois points.

1° *Caractères particuliers que présente l'embarras de la parole.*

Dans la folie paralytique, les lésions des mouvements commencent par être de nature ataxique, et ce n'est que plus tard qu'elles deviennent réellement paralytiques.

Il en est ainsi pour les troubles de la parole. A l'ataxie des muscles de la langue et des lèvres succède peu à peu l'embarras de parole véritablement paralytique. La transformation se fait graduellement et il résulte de là des nuances difficiles à décrire, mais que l'expérience clinique apprend à distinguer.

Comme on vient de le voir, M. Roussel, parlant des pellagreux en général, dit qu'ils ont la parole lente, pénible, souvent hésitante; mais il importe ici de ne pas confondre ce qui peut tenir à l'état intellectuel des malades avec les

troubles de la parole, résultat de l'ataxie ou de la paralysie des muscles de la langue et des lèvres.

Beaucoup d'aliénés pellagreux sont atteints de mélancolie avec stupeur ou de démence; ils répondent lentement et avec peine aux questions qu'on leur adresse. C'est la conséquence de l'obnulation ou de l'affaiblissement de leur intelligence, et il n'y a point à tenir compte de ces symptômes pour la question qui nous occupe.

Chez certains pellagreux, au contraire, ceux-là bien moins nombreux, on constate des troubles de la parole qu'il est difficile de distinguer de ceux des aliénés paralytiques aux premières périodes de leur maladie. Non seulement ces pellagreux ont de l'hésitation de la parole, mais cette hésitation est accompagnée de tremblements convulsifs des lèvres qui précèdent chez eux l'articulation des mots.

Cet ordre de faits me paraît avoir été trop peu étudié, et je crois devoir citer ici quelques observations de pellagreux qui étaient encore aux premières périodes de la maladie.

Observation I

Embarras de parole avec tremblements convulsifs des lèvres chez une pellagreuse mélancolique.

Sommaire. — Embarras de parole. — Tremblements des membres. — Impossibilité de la station. — Démence apparente. — Eschares.

Galmaria, âgée de dix-neuf ans, est entrée au grand hôpital de Milan, le 31 juillet 1847, comme pellagreuse, pour y prendre les bains. Elle dut bientôt être transférée à la salle des délirants.

A son entrée, l'épiderme des mains s'enlevait encore par larges plaques, mais la desquamation est terminée.

Sur le dos des pieds, on peut encore détacher de grands lambeaux d'épiderme.

La diarrhée depuis l'entrée n'a pas cessé.

Cette jeune fille est dans un état de stupeur; elle ne fait aucune attention à ce qui se passe autour d'elle, ses réponses faites à voix basse sont brèves, contradictoires et sembleraient indiquer une perte complète de mémoire et une démence très avancée.

L'articulation des mots est difficile, incomplète et précédée de contractions convulsives très évidentes des lèvres.

Quand la malade essaye de tirer la langue, celle-ci semble plutôt se rétracter en arrière.

Tremblements des doigts très prononcés, même quand la main repose sur le lit, tremblements des bras quand la malade les porte à la tête.

A l'entrée la démarche était hésitante et saccadée, aujourd'hui la station est devenue impossible, la maigreur est déjà grande et il y a une *large eschare au sacrum.*

Si le trouble de la parole que présentait cette jeune fille s'observait chez un aliéné d'un âge plus avancé et non pellagreux, il aurait certainement une grande importance pour le diagnostic de la paralysie générale ; mais il n'est ici qu'un symptôme de la pellagre.

L'ataxie des muscles de la langue et des lèvres et l'hésitation de la parole qu'elle produit chez cette pellagreuse, doivent, je crois, se présenter assez souvent dans les cas à marche rapide où le tremblement des membres est l'un des principaux symptômes de la maladie.

Observation II

Embarras de la parole avec tremblements convulsifs des lèvres chez un pellagreux mélancolique.

Sommaire. — Trente-sept ans, agriculteur. — Délire mélancolique. — Tentative de suicide. — Embarras de la parole avec tremblements convulsifs des lèvres. — Altération pellagreuse de la peau des mains et du cou.

Bevegnu, âgé de trente-sept ans, agriculteur, a été envoyé par la police à l'asile des aliénés de Venise, le 1er septembre 1847; le délire datait de quinze jours seulement. B..., à son arrivée, était en proie à des hallucinations. Il lui semblait qu'il allait tomber dans des précipices; il avait essayé de se noyer et de se pendre; on l'avait saigné deux fois avant son entrée. Il était très faible et on fut obligé de le porter de la barque à l'infirmerie où il dut garder le lit. Les jambes étaient œdématiées.

Cet homme est d'une taille moyenne, mais fortement constitué, il a par *moments un embarras très marqué de la parole*, *l'articulation des mots est précédée de tremblements des lèvres et des joues*. La langue aussi est tremblotante et fortement fendillée à la partie moyenne.

Le délire mélancolique a cessé, B... est calme et répond assez bien aux questions qu'on lui adresse.

Il est content de sa santé et pourrait, dit-il, retourner à ses travaux. Il ajoute que quand il fait de bonnes récoltes il est aussi heureux qu'un empereur. La démarche indique encore un peu de faiblesse.

La note inscrite à l'arrivée du malade porte que « *la pellagre est évidente* ». La peau des mains, du cou et de la partie supérieure du sternum offre des altérations qui ne peuvent, en effet, laisser aucun doute. La peau est sèche, très brillante et rosée.

Dans la folie paralytique il arrive souvent que le délire cesse, mais qu'on voit persister quelques-uns des symptômes somatiques. C'est ce qui constitue les rémissions. Il y a chez ce malade quelque chose de semblable, le délire mélancolique a cessé, mais on observe encore par moments un embarras évident de la parole avec tremblements convulsifs des muscles des lèvres.

Observation III

Embarras de la parole chez une pellagreuse.

Sommaire. — Vingt-sept ans. — Paysanne. — Mélancolie avec stupeur. — Embarras de la parole. — Tremblement convulsif des lèvres et de la langue. — État semi-paralytique des membres.

Mario, âgée de vingt-sept ans, paysanne, est entrée le 19 mai 1847, comme aliénée pellagreuse à l'asile de Venise. Il résulte des renseignements qui ont été donnés que cette femme aurait d'abord présenté des symptômes d'excitation, mais qu'elle était ensuite tombée dans un état de taciturnité et même de stupeur. Elle avait de la peine à se tenir sur les jambes.

J'extrais des notes qui ont été ajoutées sur cette malade par M. le docteur Pelt, les passages suivants :

20 *mai* 1847. — Taciturnité, difficulté à marcher et même à se tenir sur les jambes, — tremblements très forts des membres ; la langue est tremblante, le pouls est fréquent. Selles régulières, pas de diarrhée.

21 *mai*. — Tranquille, mais taciturne, se remue avec peine ; le pouls est fréquent.

22. — *Paralytique*, le pouls meilleur, — tremblements continuels.

27. — Diarrhée très forte, langue nette.

30. — La diarrhée a cessé, même difficulté à se mouvoir. *Parle avec difficulté* (*parla a stento*).

Dans les deux mois qui ont suivi, la malade était triste et abattue, elle a eu plusieurs fois de la diarrhée. Les tremblements des membres persistaient.

Lorsque je vis cette femme, le 25 septembre, elle avait l'apparence d'une mélancolique. Elle répondait brièvement et à voix basse aux questions qu'on lui adressait, l'articulation des mots était précédée de *tremblements convulsifs des lèvres et des joues.* Je ne constatai aucune conception délirante, mais peut-être y avait-il chez elle un peu d'affaiblissement intellectuel.

Les jambes étaient faibles, la démarche un peu vacillante, il n'y avait plus de tremblements bien appréciables des membres; la langue au contraire était encore tremblotante.

Les personnes qui ont soigné la malade depuis son entrée, sont d'accord pour reconnaître qu'il y a chez elle une grande amélioration. L'état semi-paralytique et les tremblements ont beaucoup diminué. L'appétit est bon, il n'y a plus de diarrhée.

L'érythème pellagreux a laissé sur le dos des mains des altérations très marquées, la peau est *sèche, luisante et amincie.*

Je crois devoir faire remarquer que M. Pelt, dans les notes citées plus haut, après avoir signalé la malade comme *paralytique,* écrit huit jours plus tard qu'elle *parle avec difficulté.*

On trouve donc réunis ici comme dans la paralysie générale l'embarras de la parole, la semi-paralysie des membres et un état mélancolique. De plus l'articulation des mots est précédée de tremblements convulsifs des lèvres et des joues.

Observation IV

Embarras de la parole chez une pellagreuse.

Sommaire. — Trente-neuf ans. — Paysanne. — Érythème pellagreux précédé d'accidents cérébraux pendant plusieurs années. — Embarras de la parole.

Marini, âgée de trente-neuf ans, paysanne, a été admise à l'hôpital de Pavie pour une dysenterie *pellagreuse*. Cette femme, qui ne présente aucune trace de délire, raconte que depuis plusieurs années elle est sujette à des *vertiges*, que plusieurs fois elle est *tombée perdant tout à coup connaissance*. Elle avait des *fourmillements* dans les bras et les jambes, et se sentait faible; elle était quelquefois forcée de courir pendant cinq ou six pas puis tombait tout à coup. *Depuis un mois elle s'aperçoit qu'elle bredouille* et ce *bredouillement est en effet des plus évidents.*

La malade a eu souvent des douleurs le long de la colonne vertébrale, elle se plaint aussi de la tête.

Depuis plusieurs mois elle a une diarrhée sanguinolente qui l'a affaiblie. Teinte légèrement ictérique de la peau.

L'érythème pellagreux s'est manifesté pour la première fois, au printemps dernier, il reste aujourd'hui sur la main gauche une croûte brune. L'épiderme est sec, brun et luisant. Mêmes altérations sur la main droite. L'épiderme du dos des pieds est sec, brun, mais il ne paraît pas y avoir eu de desquamation.

Dans cette observation, comme on le voit, l'embarras de parole, le *bredouillement est signalé par la malade elle-même* qui en avait parfaitement conscience et qui indiquait d'une manière précise l'époque à laquelle cet embarras de parole avait commencé.

Il est important de faire remarquer que le bredouille-

ment a été précédé de vertiges, mais surtout de pertes de connaissance et de fourmillements dans les membres.

Aux quatre observations qui précèdent et que j'ai moi-même recueillies, je crois devoir ajouter le fait suivant publié par M. Lombroso.

Observation V

Embarras de la parole chez un pellagreux.
Question de diagnostic.

Sommaire. — Érythème des mains et des pieds. — Diarrhée. — Délire mélancolique. — Démence. — Embarras de la parole. — Contraction des pupilles. — Parésie générale.

Un paysan âgé de soixante ans, né de parents sains, bon travailleur, mais se nourrissant mal, d'ailleurs peu intelligent, commença tout à coup à délirer au printemps de 1870. Il prétendait que tout le monde devait mourir avant peu.

Il était très malpropre et on l'avait surpris mangeant ses matières fécales.

Lorsque M. Lombroso vit ce malade il le trouva très amaigri et ayant la diarrhée. Il constata la desquamation de l'épiderme sur le dos des mains, sur les cous-de-pied et sur les jambes.

Les pupilles étaient rétrécies. Il y avait un peu d'embarras dans la parole, une légère parésie des membres et des signes de démence.

Le malade refusait obstinément toute nourriture, quelquefois il semblait se plaindre et porter des accusations contre diverses personnes, plus souvent il riait sans motifs. Il mourut de la dysenterie.

M. Lombroso se demande si ce malade était atteint de *paralysie générale* ou de *pellagre;* mais après examen il croit pouvoir écarter l'idée de paralysie générale se fondant sur l'étendue de l'érythème pellagreux, sur la sitiophobie et l'absence d'excès antérieurs.

Les cinq malades dont je viens de rapporter les observations offraient un embarras de parole semblable à celui des aliénés paralytiques pendant les premières périodes (1).

Ils n'étaient point atteints de paralysie générale, mais simplement de pellagre. Dans quatre de ces cas, en effet, il n'y avait que le délire mélancolique ordinaire de la folie pellagreuse, et dans le cinquième la malade n'avait même eu aucun délire.

D'autre part, la parésie générale est un symptôme si fréquent de pellagre qu'elle ne peut être invoquée pour faire admettre l'existence de la paralysie générale.

Il résulte de ces faits qu'on peut observer dans la folie pellagreuse des troubles de la parole semblables à ceux qu'on observe dans la folie paralytique. Cet ordre de symptômes n'a donc que peu de valeur pour établir le diagnostic différentiel des deux maladies.

Il importe cependant de rappeler qu'il ne s'agit ici que des troubles ataxiques des premières périodes, de ceux qui peuvent précéder et accompagner la folie pellagreuse; mais la question devient plus difficile quand la folie s'est terminée par la démence et que la débilité que M. Roussel appelle consécutive, finit, comme il le dit, par constituer la paralysie pellagreuse, c'est-à-dire, une paralysie

(1) Je crois devoir faire remarquer que M. Lombroso se borne à noter l'embarras de parole, sans chercher dans les caractères particuliers que ce symptôme pouvait présenter, un signe différentiel entre la paralysie générale et la pellagre.

générale et incomplète comme la paralysie générale des aliénés elle-même.

C'est alors, s'il reste des troubles de la parole, qu'il importe, pour établir le diagnostic, de tenir compte des caractères particuliers qu'ils présentent.

Dans la démence paralytique des aliénés, arrivée à une période avancée, le malade sépare les syllabes; sa parole est lente, comme scandée et quelquefois même comme solfiée.

On a vu plus haut que M. Roussel n'a, dit-il, jamais constaté dans la paralysie pellagreuse l'embarras de parole tel qu'on l'observe dans la démence paralytique à une période avancée. MM. Lusana et Frua déclarent que chez les pellagreux l'embarras de parole n'existe *qu'assez rarement* et qu'il est *exceptionnel.*

Or, ce symptôme est constant et toujours nettement caractérisé dans la démence paralytique des aliénés; il constitue donc, à mon avis, l'élément le plus important pour le diagnostic différentiel.

Le premier pellagreux dont j'ai recueilli l'observation au grand hôpital de Milan était en démence, avait une parésie générale; et, en outre, un embarras de parole très prononcé qui ne m'a point permis d'hésiter sur le diagnostic.

En résumé, quant aux troubles de la parole chez les pellagreux, il y a lieu de distinguer les troubles ataxiques des premières périodes, de l'embarras paralytique des périodes plus avancées.

L'ataxie des muscles de la langue et des lèvres et l'hésitation de la parole qui ont une très grande importance pour le diagnostic dans la folie non pellagreuse, en ont donc beaucoup moins chez les aliénés pellagreux.

Il en est tout autrement de l'embarras paralytique des dernières périodes. Réuni à la parésie générale et à la

démence il suffit, à mon avis, pour faire admettre l'existence de la paralysie générale des aliénés chez les pellagreux.

2° *Nature du délire.*

Les difficultés que soulèvent les troubles de la parole chez les pellagreux au point de vue du diagnostic de la paralysie générale, n'existent plus pour ce qui a trait à la nature du délire.

Il y a, comme on le sait, deux ordres de conceptions délirantes qui, même isolées de tout autre symptôme, font craindre le développement de la démence paralytique : ce sont les conceptions délirantes ambitieuses chez les maniaques et certaines ambitions délirantes hypochondriaques chez les mélancoliques.

Quand ces symptômes se présentent dans la folie pellagreuse, ils ont pour le diagnostic de la paralysie générale la même valeur que dans la folie simple ; ils suffisent donc quand ils sont réunis à l'embarras de parole pour faire admettre dans la pellagre une complication de paralysie générale.

Voici cependant un cas assez curieux dans lequel M. Lombroso n'a pas cru devoir se prononcer, quant au diagnostic, bien que le malade eût de l'embarras de parole et le délire des grandeurs.

Un homme de cinquante-deux ans, de constitution robuste, ayant l'apparence d'une santé excellente, avait eu deux ans de suite la desquamation des mains, la diarrhée, et une faiblesse générale si grande qu'il faisait quelquefois des chutes.

En mars 1869, après une courte marche il se sentit tellement faible qu'on dut le rapporter chez lui.

Quand M. Lombroso vit ce malade, il le trouva en proie

à un délire des grandeurs qui semblait assez limité et sans nul signe d'affaiblissement intellectuel; ce malade prétendait qu'il possédait *dix millions* et que dès qu'il serait sorti de l'hospice il épouserait par l'entremise d'un prêtre une comtesse qui lui apporterait *deux cents millions de dot.*

La démarche était assurée, mais *les pupilles étaient contractées et on constatait quelquefois de l'embarras dans la parole.*

Le 13 avril l'érythème apparut de nouveau aux mains et aux pieds et il fut suivi de desquamation.

Cet homme, menuisier de campagne, avait été dans l'aisance. Il buvait alors du vin avec excès, et, dit-il, jusqu'à trois litres par jour; mais l'état de misère dans lequel il était tombé l'avait forcé de s'en priver.

M. Lombroso constate ici la difficulté du diagnostic et il s'est demandé si son malade était atteint de *monomanie*, de *paralysie générale*, de *pellagre* ou d'*alcoolisme.*

Il me semble que dans ce cas c'est sur l'embarras de la parole, réuni au délire des grandeurs, qu'il faut se fonder pour le diagnostic. Il est vrai qu'il est assez rare de voir le délire ainsi limité; mais le plus souvent cette limitation ne persiste pas longtemps. On peut penser qu'il a dû en être ainsi chez ce malade. Il ne prétendait pas, comme les mégalomanes, qu'il était un grand personnage; il ne s'agissait pour lui que de millions, il en a dix, il en aura bientôt deux cents; c'est le délire d'argent si prédominant chez les aliénés paralytiques.

Je regarde donc comme très problable que la démence paralytique a dû survenir plus tard.

Dans les cas de ce genre, la question à décider, à mon avis, n'est pas de savoir si le malade est atteint de pellagre ou de paralysie générale. Rien, en effet, n'empêche d'admettre que les deux maladies existent simultanément.

En résumé, contrairement à ce qui a lieu pour les troubles de la parole pendant les premières périodes de la folie pellagreuse, le délire des grandeurs ou certaines conceptions délirantes hypochondriaques ont la même valeur diagnostique que dans la folie non pellagreuse.

3° *Siège de la paralysie.*

On a vu plus haut que M. Roussel, parmi les signes différentiels entre la paralysie générale et la paralysie pella greuse, signale le siège de la paralysie; mais il me semble que sur ce point la question peut le plus souvent être assez facilement résolue. Il s'agit, en effet, de décider si un pellagreux en démence est simplement atteint de paraplégie ou bien si chez lui la paralysie porte sur tout le système musculaire.

D'après MM. Lusana et Frua, on aurait beaucoup exagéré le nombre des cas de paraplégies chez les pellagreux.

Pour eux, comme il a été dit plus haut, ces paraplégies qui sont regardées comme si fréquentes, ne sont point le plus souvent de véritables paraplégies. On est d'abord frappé, disent-ils, de la faiblesse plus ou moins grande des membres inférieurs parce qu'ils supportent le poids du corps

(1) Peut-être cependant, pour ce qui a trait à la forme du délire chez les pellagreux, convient-il de faire remarquer qu'on a trop souvent signalé ce délire comme étant presque constamment de nature mélancolique; et je crois, à cet égard, devoir rappeler ici le passage suivant de l'ouvrage de Strambio: « Non autem eodem modo se gerunt hujus modi delirantes; alii enim tristes et attoniti cibum et potum recusant, ne verbum quidem interroganti respondentes; *læti alii clamant et vociferunt.* »

Il y a donc des pellagreux atteints de manie dont le délire est de nature gaie.

Liberali indique aussi la variété du délire des pellagreux. Quelques-uns dit-il, sont *gais et bruyants* (ilari alcuni e baccanti). Le même fait est indiqué par d'autres auteurs et entre autres par M. Poussié dans une publication récente.

Ces malades, gais et bruyants, se rapprochent en cela des aliénés atteints de manie paralytique, et il est à regretter qu'on n'ait point indiqué la nature des conceptions délirantes qui prédominaient chez eux.

mais en réalité cette faiblesse porte sur tout le système musculaire. « *L'impotenza e di tutto il sistema muscolare.* » (page 217).

Cela n'empêche pas qu'on ne puisse rencontrer et qu'on ne rencontre en effet chez les pellagreux des paraplégies complètes isolées, mais le plus souvent le diagnostic de ces cas semble devoir être facile à établir.

J'ai essayé de démontrer l'extrême analogie de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale et d'indiquer les difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel de ces deux maladies. Il est donc probable qu'elles ont pu être assez souvent confondues et qu'un certain nombre de cas de paralysie générale chez les pellagreux ont dû ainsi être méconnus, voici d'ailleurs quelques observations dans lesquelles la confusion a eu lieu.

La première a été recueillie par moi au grand hôpital de Milan.

La malade était simplement considérée comme atteinte de *marasme pellagreux,* dernière période d'une pellagre ancienne. La feuille de diagnostic ne portait que les mots de *tabes pellagrosa*, et cependant, il s'agissait sans aucun doute d'une paralysie générale des aliénés. Non seulement on constatait la démence avec la paralysie générale, mais il y avait un très grand embarras de la parole. En outre le malade avait eu antérieurement du délire ambitieux.

M. Roussel dans son premier ouvrage rapporte, d'après Fantonetti, l'observation d'une pellagreuse morte « dans *la démence* et *le marasme* » après *douze ans* de maladie. Or, à l'autopsie on trouva entre autres altérations des *adhérences de la pie-mère à la couche corticale des circonvolutions*. Il y avait donc eu chez cette ancienne pellagreuse, tombée dans la démence et le marasme, une *péri-encéphalite chronique*.

Voici un troisième fait dans lequel le début d'une paralysie générale me semble avoir été méconnu chez un *pellagreux qui était depuis plusieurs années dans un état de démence*. Cette observation offrant des particularités curieuses, je crois devoir la rapporter ici avec quelques détails; elle a été citée par M. Verga comme un exemple de *paralysie pellagreuse*.

Le malade, âgé de *soixante-cinq ans*, avait été placé à la Senevra comme *aliéné pellagreux*.

Pendant *six ans*, il n'offrit d'autres symptômes que ceux de la démence; incapable d'aucun travail, il restait la plus grande partie de la journée assis prononçant des mots sans suite et passant facilement du rire aux pleurs.

Au bout de *six ans*, dans les derniers mois de 1848, le malade présenta peu à peu *une faiblesse des membres inférieurs et sa démarche devint chancelante*, cependant jusque-là l'embarras de parole n'est point noté.

Tout à coup, le 14 janvier 1849, le malade parut délirer plus que d'habitude, il dit qu'un *fleuve coulait sous son lit*, « *un fleuve de matières fécales qu'il laissait aller à travers ses draps* », en outre la *parole est embarrassée;* en même temps une fièvre très forte sans cause apparente, pouls petit et irrégulier, respiration râlante, bientôt survient le coma et la mort eut lieu au bout de deux jours.

A l'autopsie, congestion des poumons, hépatisation du lobe supérieur droit. Pour le cerveau, *opacité* et *épaississement de l'arachnoïde*, congestion de la substance cérébrale.

Cette observation me paraît avoir un assez grand intérêt.

Il importe en effet de faire remarquer :

1° Que le malade deux mois avant sa mort avait *commencé par chanceler sur ses jambes*.

2° Que *ce fleuve de matières fécales* coulant sous le lit est une conception délirante qui appartient au délire d'exa-

génération si fréquent chez les aliénés paralytiques, et qu'en outre il y avait de l'*embarras de la parole*.

La réunion de ces symptômes suffit, à mon avis, pour caractériser le début d'une paralysie générale qui n'eût pas manqué de se développer si le malade avait survécu (1).

De tout ce qui précède je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les symptômes de la paralysie pellagreuse offrent avec ceux de la paralysie générale la plus grande analogie.

Dans les deux maladies, en effet, la paralysie est *générale progressive* et reste *incomplète* jusqu'à la fin.

2° On peut observer dans la folie pellagreuse, comme dans la folie paralytique, l'hésitation de la parole avec tremblements convulsifs des lèvres précédant l'articulation des mots, et, en outre, quelquefois l'inégalité des pupilles.

Ces symptômes pouvant exister dans les deux maladies ne sauraient donc fournir un élément important pour leur diagnostic différentiel.

3° Quand on constate, comme dans les cas cités plus haut, des troubles de la parole dans la folie pellagreuse, c'est surtout par la nature du délire qu'on pourra la distinguer de la folie paralytique.

4° On observe constamment dans la démence paralytique des aliénés un embarras de la parole nettement ca-

(1) Je connaissais l'histoire d'un aliéné paralytique qui prétendait que quand il allait à la garde-robe *il en faisait des tonnes;* mais cette conception délirante est bien moins curieuse que celle du malade de M. Verga. Ce fleuve de matières fécales ne pourra-t-il pas, en effet, être rappelé désormais quand on voudra montrer jusqu'où peut aller l'exagération dans les conceptions délirantes des aliénés paralytiques?

ractérisé; or, d'après les auteurs, cet embarras de parole n'existe pas dans la démence paralytique pellagreuse.

C'est donc ce symptôme qui me semble devoir fournir le principal élément de diagnostic différentiel entre elle et la paralysie générale des aliénés.

DEUXIÈME PARTIE

I

DU SIÈGE

DE QUELQUES

HÉMORRHAGIES MÉNINGÉES

1837

Rostan publia le premier, en 1818, une observation d'épanchement considérable de sang entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde. Des faits semblables ont été rencontrés depuis par Blandin, Menière, Cruveilhier et Thibert. Dans un travail lu à la Société anatomique en 1833 (*Archives de Médecine*, mai 1834, t. V, p. 86) j'ai cherché à démontrer qu'on s'était trompé sur le siège de ces hémorrhagies qui me semblaient avoir eu lieu dans la grande cavité de l'arachnoïde. Je reviens aujourd'hui sur cette question d'anatomie pathologique, me proposant non plus seulement d'indiquer les faits comme la première fois, mais de les rap-

porter en entier. Je réunirai ici tout ce que j'ai trouvé sur ce sujet, d'ailleurs très limité. C'est, à mon avis, le seul moyen de permettre sinon de juger la question d'une manière définitive, du moins de s'en faire une idée exacte.

Doit-on admettre, d'après les observations publiées jusqu'à ce jour, que des épanchements considérables de sang se soient faits entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale?

Tel est le seul point en discussion.

Je suis loin, d'ailleurs, d'avoir la prétention de prouver d'une manière absolue que les auteurs se sont trompés. Telle est sans doute mon opinion; mais je m'estimerai assez heureux si, après avoir lu ce travail, on pense que l'erreur est possible; que, dans certains cas, et dans l'ignorance où l'on était des faits, elle a même dû être facile; qu'enfin, de nouvelles recherches sont nécessaires pour la solution de la question. Je vais :

1° Rapporter des observations d'hémorrhagies enkystées dans la cavité de l'arachnoïde;

2° Citer les exemples déjà publiés d'hémorrhagies qu'on dit avoir eu lieu entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale;

3° Comparer et discuter ces deux ordres de faits, en cherchant à prouver que le siège des épanchements a été le même dans tous les cas.

ARTICLE PREMIER

Hémorrhagies dans la grande cavité de l'arachnoïde.

La quantité de sang qui s'épanche dans la cavité de l'arachnoïde est extrêmement variable. Elle peut n'être que de 1 à 2 grammes, ou bien au contraire s'élever jusqu'à 2 ou 300 grammes. Le travail d'organisation qui s'opère autour de l'épanchement est le même, quelle que soit la

quantité de liquide. Cependant il y a certaines particularités qui distinguent les petites et grandes hémorrhagies, ce qui m'a engagé à les étudier séparément.

Il y a d'ailleurs dans tous les cas à examiner deux points : la formation des kystes pseudo-membraneux et leur adhérence à la face interne du feuillet pariétal de l'arachnoïde, ou, si l'on veut, de la dure-mère.

§ Ier

PETITES HÉMORRHAGIES DANS LA CAVITÉ DE L'ARACHNOIDE

1° *Formation des kystes pseudo-membraneux. Adhérence de ces kystes à la face interne de la dure-mère.* — Les petites hémorrhagies de la cavité de l'arachnoïde peuvent se présenter sous deux formes. Tantôt le sang est disséminé en caillots isolés, tantôt il se trouve étalé sur l'hémisphère cérébral en une couche ordinairement d'une épaisseur uniforme. Lorsqu'il n'existe que des caillots disséminés, ils sont bientôt enveloppés par un double feuillet pseudo-membraneux, qui se réunit en un seul à la circonférence de chaque caillot. La fausse membrane reste ainsi simple jusqu'à ce qu'elle rencontre pour ainsi dire un second caillot; alors elle se dédouble et l'enveloppe comme le premier. Il résulte de cette disposition : 1° que le sang est en réalité isolé de la grande cavité de l'arachnoïde par autant de petits kystes qu'il y a de caillots; 2° que ceux-ci sont réunis entre eux par la fausse membrane qui s'est dédoublée pour les envelopper.

Les choses se passent de la même manière quand le sang, au lieu d'être disséminé en caillots, est étalé en une couche à la surface de l'hémisphère. Un véritable kyste se forme autour de l'épanchement, et la membrane unique qui résulte de la réunion des deux feuillets à la circonférence de

ce kyste se perd insensiblement sur la face interne de la dure-mère.

La double disposition que je viens de décrire se trouve réunie dans les deux observations suivantes.

Observation I

Manie; commencement de paralysie générale; mort. Caillots disséminés à la surface du cerveau et enveloppés par un double feuillet pseudo-membraneux.

M. B..., ancien employé, âgé de soixante-cinq ans, est entré à la maison de Charenton le 3 novembre 1832 ; son père et sa sœur sont morts aliénés. On attribue sa maladie à des chagrins et surtout à la crainte de voir sa fortune compromise par de nouveaux troubles politiques. Cette affection existe depuis un an, mais le délire n'est bien tranché que depuis trois mois. Il n'y a jamais eu ni maux de tête, ni congestions, ni aucune lésion de mouvements.

Pendant les trois premiers mois, nous avons observé chez M. B.... tous les symptômes d'un accès de manie : loquacité, cris, agitation, violence, délire général, idées presque sans suite, etc. ; du reste, aucun signe de paralysie générale. (Applications des sangsues derrière les oreilles, bains.)

Au mois de février, M. B... commença à s'affaiblir, il cessa d'être agité et fut transféré dans une infirmerie. Nous pûmes alors observer de l'embarras dans la parole ; la tristesse et l'abattement avaient succédé à l'agitation ; le malade refusait de manger ou ne prenait qu'une quantité insuffisante d'aliments. La maigreur était devenue très grande ; la diarrhée qui survint augmenta beaucoup la faiblesse, et M. B... succomba le 30 mars 1833.

Autopsie.

Crâne. — La calotte osseuse est, dans une grande étendue, adhérente à la dure-mère, dont une partie se déchire et s'enlève avec elle. Il s'écoule de la cavité de l'arachnoïde quatre onces environ de sérosité jaunâtre. Toute la face interne de la dure-mère est tapissée par une fausse membrane; sur la partie correspondant à l'hémisphère droit cette fausse membrane est mince, transparente, et offre çà et là plusieurs caillots de sang très petits. A gauche, elle est encore transparente, mais un peu plus épaisse; elle présente plusieurs plaques de sang, dont l'une a plus d'un pouce de diamètre et une demi-ligne d'épaisseur. Simple entre les caillots, cette fausse membrane se divise pour les envelopper, et je parviens facilement à soulever les deux feuillets. Dans plusieurs des plaques de sang qui existent à la base du crâne, et qui paraissent plus anciennes, la résorption de la matière colorante a commencé, et ces plaques ont une couleur jaunâtre. La fausse membrane a pu être détachée du feuillet séreux de la dure-mère, auquel elle n'adhérait que faiblement. Ce feuillet, vis-à-vis des caillots, avait une teinte foncée, mais dans les autres points il ne présentait rien de remarquable. L'arachnoïde cérébrale, sur la convexité des hémisphères, offrait quelques taches blanches et opaques; elle était saine à sa base; il y avait un peu de sérosité infiltrée sous la pie-mère. L'arachnoïde n'adhérait nulle part à la surface du cerveau; la substance grise des circonvolutions ne formait qu'une couche très mince, qui avait quelquefois une teinte jaunâtre. La substance blanche était très ferme; on pouvait, en la coupant par tranches, l'étendre comme de la pâte de guimauve.

Deux onces environ de sérosité dans les ventricules.

Du côté droit, la cavité digitale, par suite d'adhérences, ne communiquait plus avec le reste du ventricule.

Thorax. — Poumons œdémateux, sérosité trouble et fausses membranes récentes dans la cavité de la plèvre droite.

Abdomen. — Tous les viscères à l'état normal.

Observation II

Paralysie générale au dernier degré; mort; couche de sang sur l'hémisphère droit enveloppée dans un double feuillet pseudo-membraneux.

M. B..., âgé de cinquante-six ans, entré le 11 avril 1830 à la maison royale de Charenton, est mort, le 8 septembre 1831, d'une paralysie générale arrivée à la dernière période. Les symptômes n'avaient pas été notés.

Autopsie.

Crâne. — Il y a trois ou quatre onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. L'hémisphère droit, sur sa face externe, offre une fausse membrane assez épaisse, lisse sur ses deux faces, et qui contient, dans son épaisseur, une couche de sang uniformément répandue ou formant des caillots isolés. On peut soulever sur chaque face de cette fausse membrane un petit feuillet pseudo-séreux au-dessous duquel il en existe un autre très mince et qui commence à se former. Le sang se voit surtout à la partie inférieure et moyenne de la face externe de l'hémisphère; il y en a moins en remontant vers la grande scissure, où la fausse membrane est devenue transparente et très ténue.

L'arachnoïde cérébrale n'adhère point aux circonvolu-

tions; elle n'est pas épaissie. Près de la grande scissure et dans le fond d'une circonvolution, nous trouvons des traces d'une ancienne hémorrhagie peu étendue. Le cerveau n'offre, du reste, rien de remarquable.

Il existe dans le canal rachidien une espèce de fausse membrane infiltrée de sérosité sanguinolente et adhérente à la face interne de la dure-mère. La substance de la moelle est très molle.

Thorax. — Au sommet du poumon droit, il y a une partie indurée de la grosseur d'une noix, formée par une substance grisâtre marbrée, avec des lignes noires et blanches. On n'a pas trouvé de tubercules dans les poumons, mais ces organes n'ont pas été examinés minutieusement. Il y avait des ganglions tuberculeux au cou et dans l'abdomen.

On voit que, dans ces deux observations, le sang disséminé en caillots ou étendu en une large plaque à la surface du cerveau était partout isolé de la cavité de l'arachnoïde par un véritable kyste dont on pouvait facilement soulever les feuillets.

Dans le premier fait, la fausse membrane qui enveloppait les caillots adhérait à la face interne de la dure-mère. Cette adhérence n'est pas indiquée dans la deuxième observation, mais elle est presque constante. Elle existait dans douze cas rapportés par M. Bayle. M. Menière l'a rencontrée deux fois sur trois, et je l'ai aussi presque constamment observée. Elle manque surtout lorsque les fausses membranes sont extrêmement minces et tout à fait arachniformes.

Le feuillet pseudo-membraneux n'est souvent qu'accolé à la face interne de la dure-mère, mais quelquefois l'union devient très intime, comme cela avait lieu dans les deux faits suivants :

Chez un aliéné paralytique, M. Calmeil a trouvé « le feuillet arachnoïdien qui tapisse la face externe de la dure-mère, recouvert dans toute son étendue par une production membraniforme organisée, *intimement unie* à la membrane séreuse, et qui présente une couleur *rouge brun*. En cherchant à détacher cette espèce de couenne, on la déchire par plaques qui sont larges comme la main, et dans lesquelles on distingue un grand nombre de vaisseaux (1) ».

On lit dans l'ouvrage d'Abercrombie la description suivante d'une fausse membrane arachnoïdienne : « On trouva à l'ouverture du cadavre un abondant épanchement de sang à la surface du cerveau. Cette couche de sang était *très adhérente à la dure-mère* et se détachait *par lambeaux* comme *une membrane ;* la substance cérébrale était saine et il n'y avait pas d'épanchement dans les ventricules (2). »

La fausse membrane, ainsi adhérente, diminue graduellement d'épaisseur et se perd insensiblement à la face interne de la dure-mère; elle devient alors si mince qu'on ne peut plus la détacher. C'est ce qui avait lieu dans un cas observé par M. Bayle.

« On voyait sur l'arachnoïde, à la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère gauche, une plaque rougeâtre de sang caillé, du diamètre d'une pièce de six francs, peu adhérente à la membrane séreuse, dont on la séparait en essuyant cette dernière avec précaution. Vis-à-vis de cette plaque, *le feuillet arachnoïdien de la dure-mère était recouvert d'une fausse membrane assez épaisse*, qui, dans cet endroit, avait une *couleur noire et paraissait formée par du sang*. Elle se séparait facilement du feuillet séreux, mais à quelques pouces de la plaque noire, son épaisseur dimi-

(1) Calmeil, *De la paralysie générale*, p. 79.
(2) Abercrombie, *Traité des maladies du cerveau*, p. 345.

nuait et *on ne pouvait plus la détacher du feuillet arachnoïdien de la dure-mère.* »

Il serait peut-être assez difficile d'expliquer pourquoi les fausses membranes adhèrent ainsi presque constamment à la face interne de la dure-mère plutôt qu'à l'arachnoïde viscérale.

Nous ne pouvons admettre avec M. Bayle que « ces exsudations, se formant uniquement sur la face interne de la dure-mère, sont évidemment une production inflammatoire de cette face ».

Des traces de phlegmasie chronique s'observent en effet très souvent sur l'arachnoïde viscérale, et très rarement, au contraire, sur le feuillet pariétal; cependant c'est sur ce dernier que se trouvent presque toutes les productions pseudo-membraneuses. Ce qu'on dit des fausses membranes, il faudrait aussi le dire du sang épanché; il faudrait admettre que l'hémorrhagie a eu lieu exclusivement à la face interne de la dure-mère, puisque la couche de sang adhère au feuillet pariétal de l'arachnoïde ; or, cette opinion ne serait guère soutenable. On a vu des cas dans lesquels, ce feuillet étant déjà tapissé d'une fausse membrane, des caillots de sang, plus récemment épanchés, venaient adhérer à cette fausse membrane qu'ils auraient dû décoller, au contraire, si l'hémorrhagie avait eu lieu par le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Si on tenait beaucoup à expliquer ce fait, peut-être y parviendrait-on par des causes toutes mécaniques. Il semble, en effet, que les mouvements du cerveau et l'exhalation plus abondante de sérosité doivent rendre difficiles les adhérences avec l'arachnoïde cérébrale ; quand les fausses membranes sont plaquées contre la paroi immobile du crâne, rien ne vient, au contraire, déranger le travail d'adhérence. Les cas assez fréquents dans lesquels il

n'y a, comme je l'ai dit, qu'un simple accolement de la fausse membrane, accolement qui semble, en effet, tout mécanique, pourraient peut-être être invoqués à l'appui de cette hypothèse.

On voit, en résumant ce qui précède sur les épanchements peu considérables de la grande cavité de l'arachnoïde :

1° Que le sang est tantôt disséminé çà et là en caillots, tantôt réuni en une couche étendue à la surface du cerveau;

2° Que, dans les deux cas l'épanchement est enveloppé d'un double feuillet pseudo-séreux, formant un véritable kyste par lequel le sang est isolé de la grande cavité de l'arachnoïde;

3° Que les deux feuillets du kyste constituent, en se réunissant à la circonférence de l'épanchement, une membrane unique qui s'étend plus ou moins loin;

4° Que le feuillet externe de la poche, et la membrane qui la continue, adhère le plus souvent d'une manière plus ou moins intime à la face interne de la dure-mère.

§ II

HÉMORRHAGIES CONSIDÉRABLES DANS LA GRANDE CAVITÉ DE L'ARACHNOÏDE

Formation des kystes; leur adhérence à la face interne de la dure-mère. — Si l'épanchement qui se fait dans la grande cavité de l'arachnoïde est considérable, le sang déprime peu à peu la substance cérébrale et finit par se réunir en un large foyer circonscrit, d'un côté par le cerveau, et de l'autre par la dure-mère. Bientôt il est séparé de ces parties par une poche pseudo-séreuse qui l'enveloppe de toutes parts, et dont les deux feuillets, arrivés à la circonférence de l'épanchement, se réunissent en une membrane

unique qui s'étend ordinairement très loin. La pseudo-membrane formant les parois du kyste, plus forte et plus résistante que celle qui enveloppe les très petits caillots, est cependant encore assez mince pour qu'on puisse la comparer à l'arachnoïde un peu épaissie.

D'ailleurs le kyste ne tarde pas à adhérer plus ou moins intimement à la face interne de la dure-mère. A part la fluidité du sang, qui reste en partie liquide, c'est, comme on le voit, le même travail que pour les petites hémorrhagies. Les observations suivantes sont des exemples de ces épanchements enkystés de la grande cavité arachnoïdienne.

Observation III

Hémorrhagie considérable dans la grande cavité de l'arachnoïde, sur les deux hémisphères ; formation de deux kystes membraneux adhérents par leurs feuillets externes à la face interne de la dure-mère.

M. C..., âgé de trente-sept ans, marchand de vin, est entré à la maison de santé de Charenton le 2 octobre 1833. Il avait déjà été traité pendant plus d'une année dans un autre établissement, et jugé incurable. On n'a pas eu de renseignement sur le début de sa maladie.

M. C... est d'une taille moyenne, mais très fortement constitué. Les épaules sont larges, le cou court, le visage coloré ; tout le système musculaire est très développé ; la tête est bien conformée; les cheveux ont été rasés, et on observe sur le cuir chevelu les traces de plusieurs moxas. Ce malade offre les symptômes de la paralysie générale compliquée de démence. L'embarras de la parole est très marqué, et quoique la faiblesse des jambes soit encore peu sensible, il y a cependant déjà dans la démarche quelque chose de caractéristique. M. C... cause peu, ne s'occupe point, ne s'informe plus de sa famille; il rit sans motif;

plus souvent il se fâche au premier mot qu'on lui adresse; sa tenue est très mauvaise. Il offre, au plus haut degré, un symptôme fréquent chez les aliénés paralytiques; c'est un bruit particulier et assez fort, produit par le froissement des grosses molaires. Le malade, presque toujours occupé à se frotter le cuir chevelu et la figure avec les deux mains, a fini, au bout de quelques mois, par irriter ces parties et même par les excorier dans plusieurs points.

Pendant l'année 1834, il est survenu des congestions qui ont, en général, offert les symptômes suivants :

On s'apercevait que M. C... se soutenait difficilement sur ses jambes et qu'il ne pouvait plus se servir *de l'un de ses bras;* sa figure était altérée; il ne répondait plus; on était obligé de l'aider pour le conduire à son lit. Plusieurs fois nous avons en outre observé des mouvements convulsifs dans le côté opposé à la paralysie. Il n'y avait point de perte de connaissance, et cet aliéné opposait même parfois de la résistance aux soins qu'on voulait lui donner. La saignée faisait d'ailleurs presque immédiatement disparaître les accidents, dont il ne restait plus rien le lendemain.

Dans le mois d'octobre, à la suite d'une nouvelle congestion, la paralysie qui occupait le bras droit ne s'est pas entièrement dissipée. Quoique la perte de sensibilité et de mouvement ne fût pas complète, le malade ne pouvait plus se servir de son bras droit, et il le soutenait habituellement avec la main gauche. Bientôt M. C... s'affaiblit; il refusa à plusieurs reprises de manger; il ne répondait plus, était abattu : on le passa dans une infirmerie.

Le 17 décembre, frissons suivis de vomissements et de fièvre. Ces symptômes persistent pendant plusieurs jours; les frissons reviennent plus forts avec un caractère particulier, comme convulsif; la déglutition est difficile. Le 22 décembre, prostration très grande; la figure est colorée,

les yeux fermés, les pupilles immobiles, mais non dilatées; la sensibilité, très obtuse dans le bras droit, persiste à gauche. Il y a un peu de contracture dans les deux bras, qui peuvent cependant être étendus assez facilement; la langue est blanche, l'épigastre ne paraît pas douloureux à la pression; constipation, fièvre. Au milieu de la journée, vomissements avec turgescence et rougeur de la face, frissons très forts, suivis bientôt dans le bras droit de secousses convulsives, d'abord petites et rares, mais qui augmentèrent graduellement.

Saignée, lavement purgatif.

Le 23, nouvelle saignée.

Le 24, état comateux. La face est encore colorée, les pupilles dilatées et immobiles; convulsions presque générales, plus fortes dans les bras, surtout dans le bras gauche; sensibilité très obtuse. La peau est un peu chaude; le pouls fréquent, petit et concentré; le coma augmente, la respiration s'embarrasse, et la mort arrive à quatre heures du soir.

Autopsie.

Rien de remarquable à l'extérieur.

Crâne. — Le crâne est volumineux, les os épais et assez lourds. La scie ayant pénétré trop avant du côté gauche, la dure-mère a été déchirée, et il s'est écoulé 5 onces environ de sang, en partie liquide, en partie coagulé. La calotte osseuse enlevée, nous trouvons la membrane fibreuse très tendue à droite, très flasque, au contraire, à gauche, surtout en avant. Dans ce point, on peut l'éloigner du cerveau de près d'un pouce, et il est évident que le sang qui s'est écoulé remplissait cet intervalle vide. Après avoir incisé la dure-mère le long de la faux, nous renversons toute

la partie de cette membrane correspondant à la face externe de l'hémisphère gauche. On remarque d'abord une très grande dépression sur la partie antérieure de cet hémisphère; mais notre attention se porte principalement sur une poche membraneuse qui existe à la face interne de la dure-mère. Cette poche, qui a été ouverte par la scie, et de laquelle s'est écoulé le sang dont nous avons parlé, s'étend, d'avant en arrière, depuis les bosses orbitaires jusqu'au tiers postérieur du crâne, et de droite à gauche, depuis le rocher à peu près jusqu'à un demi-pouce de la faux. Sa plus grande épaisseur était évidemment à la partie antérieure: la membrane qui forme cette espèce de sac pouvait, en effet, être éloignée de la dure-mère de plus d'un pouce en avant. Cette membrane est lisse, transparente, assez dense, un peu plus épaisse que l'arachnoïde. A la circonférence de la poche, elle se continue sur la face interne de la dure-mère sans rien présenter de particulier. L'ouverture déjà faite par la scie ayant été agrandie, nous pénétrons dans la cavité du sac; les deux parois sont teintes par la matière coloranté du sang, et il y a, de plus, quelques caillots fibrineux qui commencent à adhérer. Nous cherchons à détacher de la dure-mère la membrane qui limitait l'épanchement, et nous réussissons assez facilement à le faire dans une petite étendue; mais bientôt cette membrane devient si mince et si ténue qu'elle se déchire; elle n'offre, du reste, aucune trace de vaisseaux. Voulant m'assurer si le feuillet pariétal de l'arachnoïde existait encore à la face interne de la dure-mère, et surtout si cette face n'était pas tapissée par une production pseudo-membraneuse, j'examine l'épaisseur de la fibreuse dans un point où elle a été coupée, et j'essaie de la diviser en plusieurs lames; je parviens ainsi à détacher une nouvelle membrane un peu plus épaisse que celle que j'ai déjà décrite, et

qui, aux limites de la poche, se réunit avec elle. Le feuillet unique qui résulte de leur réunion peut encore être décollé dans une certaine étendue, mais son adhérence à la dure-mère est plus forte; du reste, ce feuillet s'amincit par degrés, et ne peut bientôt plus être détaché sans déchirure.

L'arachnoïde pariétale existait évidemment encore à la face interne de la dure-mère dans la partie correspondant à l'épanchement; cette hémorrhagie était, comme on le voit, renfermée dans une poche membraneuse et tout à fait isolée de la cavité séreuse. La pseudo-membrane, qui en formait la paroi externe et qui adhérait à la face interne de la dure-mère, était, comme je l'ai dit, plus épaisse et moins transparente que la pseudo-membrane profonde, et j'ai pu la diviser en deux lames.

La dure-mère incisée à droite, on a trouvé un second kyste presque entièrement semblable pour la position, la forme et l'étendue, à celui qui existait à gauche; il contenait à peu près la même quantité de sang, et la membrane qui le limitait en dedans était transparente comme celle du côté opposé, et ressemblait à l'arachnoïde épaissie. Il y avait, dans l'intérieur de la poche, plusieurs brides fibrineuses, de 2 à 6 lignes de longueur, qui unissaient les deux parois, et par lesquelles plusieurs caillots de sang furent retenus; les membranes de cette seconde poche ne contenaient pas de vaisseaux.

Les fosses occipitales étaient tapissées par une petite fausse membrane mince, parfaitement transparente, et tout à fait semblable à l'arachnoïde dans son état normal. Elle adhérait dans quelques points, mais ailleurs on la soulevait facilement par l'insufflation; elle s'étendait jusqu'à l'orifice du canal rachidien; il n'y avait aucune trace de caillots de sang.

Le cerveau, aplati par les kystes, avait une forme remarquable : les lobes antérieurs étaient effilés en pointe, les circonvolutions déprimées; l'arachnoïde cérébrale n'était pas teinte de sang, mais sèche et un peu épaissie. Point d'infiltration de la pie-mère, qui était rouge et injectée, surtout dans le fond des circonvolutions. L'arachnoïde adhérait dans quelques points à la surface du cerveau, et elle entraînait avec elle sur les lobes antérieurs une couche légère de substance grise. L'examen du cerveau n'a du reste rien présenté qui mérite d'être noté, si ce n'est une injection assez vive des tubercules quadri-jumeaux et de la protubérance. Le bulbe rachidien était sain ; le reste de la moelle n'a pu être examiné, non plus que les autres organes.

La seule question que nous ayons besoin de poser à la suite de cette observation, est celle-ci : A quelle époque doit-on faire remonter les hémorrhagies?

On a vu que pendant une année le malade avait eu plusieurs congestions qui paralysaient l'un des bras ; cette paralysie se dissipait en quelques heures par la saignée, et tout porte à croire qu'il ne s'est fait alors aucun épanchement.

J'ai eu, pendant plusieurs années, occasion d'observer une femme qui avait des congestions semblables, n'ayant lieu probablement que sur un hémisphère, et qui paralysaient aussi l'un des bras, et, à un moindre degré la jambe du même côté. Cette femme a succombé, et je n'ai trouvé aucune trace d'hémorrhagie. Chez le malade qui fait le sujet de notre observation, il est resté, à la suite d'une nouvelle congestion, une paralysie incomplète du bras droit ; cette paralysie datait déjà de deux mois environ, quand la mort a eu lieu. Doit-on faire remonter l'hémorrhagie du côté gauche à cette époque, ou bien ne s'est-elle faite que

dans les huit derniers jours, comme celle du côté droit? J'adopte tout à fait cette dernière opinion, me fondant surtout sur la parfaite ressemblance des kystes, dont l'un ne paraissait pas plus ancien que l'autre; je crois aussi qu'une hémorrhagie aussi forte n'eût pas permis au malade de marcher, comme il l'a fait le lendemain de sa congestion, et pendant les six semaines ou les deux mois qui ont suivi. Sans doute, il reste à expliquer la persistance de cette perte incomplète du mouvement dans le bras droit; mais il n'est pas rare de voir la faiblesse prédominer d'un côté chez les aliénés paralytiques. Je ne prétends pas qu'il n'y ait pas eu ici quelque chose de plus, et je laisse chacun se faire l'opinion qu'il voudra; il me semble donc qu'on doit admettre que les deux hémorrhagies ont eu lieu en même temps, et qu'elles ne dataient que de huit jours au plus. Si l'on s'étonnait que la formation des kystes ait eu lieu en si peu de temps, je renverrais à l'observation suivante; le kyste, comme on le verra, ressemblait complètement à ceux que j'ai décrits, et cependant l'hémorrhagie ne remontait qu'à cinq jours.

Observation IV

Épanchement apoplectique considérable dans la cavité de l'arachnoïde sur l'hémisphère gauche; formation d'un kyste membraneux adhérant par son feuillet externe à la face interne de la dure-mère. (Observation lue par M. Longet à la Société anatomique, en 1833.)

Vieillard de soixante-treize ans. Le 12 juillet, céphalalgie et commencement de paralysie dans le bras du côté droit; le 14, hémiplégie complète de ce côté; le 15, un peu de contracture dans les membres paralysés. Mort le 17 (1).

(1) Pour plus de détails, quant aux symptômes, voy. le *Bulletin de la Société anatomique* du mois de mai 1834. (*Archives de médecine*, 1834.)

Autopsie.

Le crâne n'offre rien de particulier, non plus que la dure-mère, dont les sinus sont gorgés de sang.

La cavité de l'arachnoïde est occupée par une production accidentelle : en exerçant une légère traction sur la dure-mère, je détruis de fines adhérences et je parviens à renverser, avec les lambeaux de cette membrane, un vaste coagulum qui comprimait l'hémisphère gauche ; il s'étend d'avant en arrière, depuis la suture qui unit le frontal au pariétal du côté gauche, jusque dans les fosses de l'occipital ; dans le sens transverse, il recouvre l'hémisphère gauche dans une étendue de 3 pouces, à partir de la faux cérébrale, qui présente une concrétion osseuse. Cette tumeur sanguine, aplatie, allongée, d'une couleur en quelque sorte comparable à celle de la rate, n'a pas contracté d'adhérence intime avec le feuillet arachnoïdien cérébral, dont elle se trouve isolée par une membrane mince, lisse et polie. Les adhérences sont plus sensibles avec le feuillet séreux qui tapisse la face interne de la dure-mère, qui, loin d'être chagrinée, est parfaitement lisse, d'où l'on pourrait inférer que le feuillet pariétal y est encore appliqué, et que par conséquent l'épanchement apoplectique a son siège dans la cavité de l'arachnoïde. Quoi qu'il en soit de ce siège, le coagulum dont je parle avait déprimé l'hémisphère cérébral gauche, de manière qu'il y formait une gouttière profonde, dans laquelle il se logeait ; que les circonvolutions de ce côté se trouvaient affaissées, et de beaucoup au-dessous de celles du côté opposé. Il adhère *surtout par sa circonférence*, qui va en s'amincissant d'une manière graduelle, au feuillet pariétal de l'arachnoïde ; ce corps ré-

sistant est formé par du sang en partie solide et fibrineux, en partie liquide et noir.

L'espèce de gouttière imprimée sur l'hémisphère gauche, et sur laquelle s'appuyait le coagulum, offrait une couleur de rouille. La pie-mère et l'arachnoïde cérébrale de ce côté étaient teintes et imprégnées de sang; mais, dans aucun endroit, on ne pouvait constater la rupture des vaisseaux sanguins; la pie-mère, fortement injectée, se laissait détacher facilement de la substance cérébrale.

La masse encéphalique est à peu près saine; la substance cérébrale est ferme; seulement les deux hémisphères (et surtout l'hémisphère gauche), coupés par tranches, présentent une injection assez forte, mais point de foyers hémorrhagiques : les ventricules ne contiennent pas une goutte de sérosité.

Les autres viscères n'offrent rien de remarquable.

On voit, par ces deux observations, que, dans les hémorrhagies considérables de la grande cavité de l'arachnoïde, les choses se passent de la même manière que pour les plus petits caillots de sang, c'est-à-dire que ce liquide est bientôt enveloppé dans une poche pseudo-séreuse. Cette poche adhère à la face interne de la dure-mère et semble lui appartenir. La paroi interne du kyste, la seule qu'on aperçoive, est lisse, mince, transparente et a toutes les apparences d'un feuillet séreux.

Tout ce travail est d'ailleurs parfois terminé après quelques jours. On a pu remarquer, en effet, dans la dernière observation, qu'il ne s'était écoulé que cinq jours entre le début de la maladie et la mort.

ARTICLE II

Hémorrhagies entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale.

Observation I (1)

Femme de soixante-dix-neuf ans, affectée de démence sénile. Le 29 mai, hémiplégie presque complète à droite. Mort le 2 juin. Quatre jours se sont écoulés entre le commencement de la paralysie et la mort (2).

Autopsie.

Un épanchement de sang, occupant presque toute l'étendue du côté gauche de la tête, était renfermé entre la face interne de la dure-mère et la face externe de l'arachnoïde pariétale. Cet épanchement avait environ 7 pouces de longueur, 3 pouces de largeur dans la partie moyenne, et environ 3 lignes d'épaisseur. Le sang, qui semblait être renfermé dans une espèce de poche, était épais et d'un jaune brunâtre ; il paraissait être épanché depuis quelques jours. La partie de l'arachnoïde cérébrale qui correspondait à l'épanchement était intacte, ainsi que la pie-mère sous-jacente, mais le cerveau était concave vers cet endroit. Toutes les circonvolutions étaient effacées. Cet hémisphère était réduit presqu'à la moitié de son volume. La substance du cerveau et du cervelet était parfaitement saine.

Voici les réflexions dont M. Rostan fait suivre cette

(1) Publiée par M. le professeur Rostan, en 1818, dans le nouveau *Journal de médecine et de chirurgie*, p. 88, et depuis dans les *Recherches sur le ramollissement du cerveau,* p. 396, deuxième édition.

(2) Pour plus de détails, quant aux symptômes, voy. l'ouvrage de M. Rostan.

observation dans le nouveau *Journal de médecine* : « Les faits de cette nature sont sans doute fort rares, puisque les dives auteurs qui ont écrit sur l'apoplexie n'en rapportent aucun exemple. En connaissant la structure des parties, on s'étonnera peu de cette rareté. En effet, l'union intime du feuillet externe de l'arachnoïde et de la dure-mère semble bien devoir leur interdire toute espèce de séparation. M. Jules Cloquet nous a dit cependant avoir trouvé un liquide séreux occupant le même siège. »

M. Rostan ajoute dans une note : « M. le docteur Esquirol a trouvé un cas absolument semblable, il y a environ six mois. Il a conservé la pièce (1). »

M. Andral a rapporté, dans le cinquième volume de sa *Clinique médicale*, p. 22 et suiv., deux observations très remarquables d'hémorrhagies entre la dure-mère et son feuillet séreux : elles lui ont été communiquées par M. le docteur Thibert, et avaient été recueillies à l'hôpital de la Charité.

Observation II

Épanchement sanguin entre l'arachnoïde et la dure-mère.

Vieillard de soixante-treize ans, trépané pour une chute sur la tête à l'âge de soixante-quatre ans, mais ayant toujours joui depuis d'une santé parfaite. Engourdissement dans le bras et la jambe droite, augmentant graduellement pendant huit jours. Vertiges, céphalalgie, somno-

(1) Cette pièce a en effet été conservée pendant plusieurs années dans la *Collection anatomique* de M. Esquirol, mais elle a été détruite dans ces derniers temps. La dissection avait été faite par M. Amusat, et on avait trouvé, en allant du superficiel au profond : la dure-mère, une pseudo-membrane, le sang, un second feuillet pseudo-membraneux, enfin l'arachnoïde pariétale décollée ; il y aurait donc eu ici, outre la poche formée par le feuillet séreux détaché, un kyste pseudo-membraneux. Du reste, le décollement avait lieu dans une grande étendue.

lence. Le treizième jour, mouvements du membre inférieur gauche difficiles. Le vingt-troisième jour, la paralysie est presque complète à droite ; à gauche elle est moins prononcée. Mort le vingt-quatrième jour.

Autopsie.

L'arachnoïde, *épaissie et rouge*, était détachée de la dure-mère, de chaque côté, par un épanchement de sang, en partie fluide, en partie coagulé, qui avait complètement disséqué la membrane séreuse de haut en bas, depuis la partie voisine de la grande faux de la dure-mère jusqu'à la suture temporo-pariétale, et d'avant en arrière, depuis la fosse coronale jusqu'au bout postérieur du pariétal. *Le décollement et l'épanchement étaient plus considérables à gauche.* La dépression des hémisphères était de près d'un pouce à gauche, d'un demi-pouce seulement à droite. Au-dessous des épanchements, la substance cérébrale était très ferme et très peu piquetée de sang; mais les sinus en contenaient une assez grande quantité.

Abdomen. — Un peu de rougeur dans l'estomac et le jéjunum.

Cette observation, ajoute M. Andral, présente un cas rare d'anatomie pathologique. Il est difficile de concevoir, en effet, comment une membrane *mince et ténue*, comme l'arachnoïde, peut être séparée de la dure-mère par du sang épanché sans se déchirer et se rompre.

Observation III

Épanchement sanguin entre l'arachnoïde et la dure-mère.

Vieillard de soixante-dix ans. Céphalalgie pendant deux mois. Le 4 mai, embarras de la langue, affaiblissement de l'intelligence, hémiplégie droite incomplète. Plus tard,

contracture du membre supérieur, puis hémiplégie complète. Mort le 21 mai.

Dix-sept jours entre le commencement de la paralysie et de la mort.

Autopsie.

Crâne. — Les vaisseaux qui unissent les os à la dure-mère paraissent très injectés à gauche. On trouve entre cette membrane et l'arachnoïde, dans l'étendue des trois quarts postérieurs de la paroi latérale du crâne, et depuis sa base jusqu'à la faux de la dure-mère, un épanchement de sang en partie coagulé, noir, déprimant la membrane séreuse de près d'un pouce au centre, diminuant graduellement en épaisseur jusqu'à la circonférence, et qui avait communiqué aux deux membranes une couleur brunâtre. Les deux feuillets de l'arachnoïde étaient d'ailleurs rouges et épaissis; la substance cérébrale des deux hémisphères était piquetée de sang ; un peu de sérosité dans les ventricules; cœur très mou, flasque ; couleur brunâtre de la muqueuse gastrique vers la grande courbure.

M. Andral, après avoir fait remarquer que les symptômes ont eu la plus grande ressemblance avec ceux du ramollissement, ajoute : « Tout cela s'était sans doute formé lentement, comme le prouve la marche de la maladie. Il semble, d'ailleurs, que toujours il doive en être ainsi, en raison de la manière très serrée dont l'arachnoïde est unie à la dure-mère. Ce n'est que peu à peu que le sang qui s'épanche doit opérer le décollement de ces deux membranes et s'amasser entre elles en assez grande quantité pour comprimer le cerveau. »

Observation IV

M. Blandin a cité, dans son *Anatomie topographique*, un cas d'hémorrhagie entre la dure-mère et l'arachnoïde qui la tapisse. On lit, p. 42 : « Les épanchements sanguins se forment quelquefois entre la dure-mère et le feuillet de l'arachnoïde qui y est intimement collé. M. Rostan en rapporte un exemple dans son excellent ouvrage sur le ramollissement du cerveau. Moi-même, à l'hospice de Bicêtre, j'ai ouvert un aliéné qui en offrait un au niveau de la fosse pariétale du côté droit. MM. Pariset, Honoré et Murat ont constaté avec moi qu'il occupait l'intervalle de la dure-mère et de l'arachnoïde décollée, et personne n'a conservé de doute à cet égard. Cet épanchement était anciennement survenu, selon les renseignements que nous avons pu recueillir, lors de la malheureuse guère de Waterloo, à laquelle cet homme, soldat dans un régiment de ligne, reçut un violent coup de sabre sur la tête, dans le point correspondant à l'épanchement. Cette lésion ancienne fut reconnue à l'ouverture du cadavre : une large cicatrice existait sur les parties molles et les os qui avaient été entamés. Ces épanchements *sont toujours très exactement circonscrits.* »

Observations de M. Menière

M. Menière a observé trois fois des épanchements de sang considérables entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale. Ces observations ont été rapportées dans un mémoire qui a valu à l'auteur la médaille d'or des hôpitaux. Ce mémoire étant encore inédit, je me bornerai à rapporter l'analyse

qu'en a faite M. Dezeimeris, auquel il avait été communiqué.

« Entre la dure-mère et le feuillet externe de l'arachnoïde, existe une couche fort mince d'un tissu cellulaire très serré; les vaisseaux qui le parcourent ne reçoivent de sang rouge que dans l'état morbide. C'est à l'engorgement de ces vaisseaux qu'est due la rougeur arborisée ou par plaques que l'on voit à la face interne de la dure-mère. Dans ce cas, le tissu cellulaire intermembraneux a toujours perdu de sa cohésion, et les deux membranes peuvent être séparées sans beaucoup de peine. M. Menière y a vu de petits épanchements lenticulaires et trois fois des épanchements apoplectiques considérables. Il n'y avait pas d'altération appréciable des membranes séreuse et fibreuse, qui étaient décollées dans un espace de plusieurs pouces de diamètre; le tissu cellulaire intermédiaire seul était injecté en rouge et *ramolli*. Howship avait déjà publié une observation analogue; nous en avons trouvé quelques autres dans divers recueils, et M. Serre en a consigné une dans son *Mémoire sur les apoplexies* (1). »

Observations de M. Cruveilhier

M. Cruveilhier a rencontré deux fois des épanchements apoplectiques considérables entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

« Il existe, dit-il, des apoplexies ou des extravasations de sang sous-séreuses tout à fait analogues aux taches dites scorbutiques de la peau. Sur le corps d'un épileptique, mort pendant une attaque, je trouvai de grandes ecchymoses à la face interne de la dure-mère; je crus d'abord que ces ecchymoses occupaient cette face interne, mais

(1) *Archives de médecine*, t. XXI, p. 20.

elles étaient situées entre le feuillet séreux et la dure-mère. Ce cas conduit à ceux d'épanchement sanguin considérable entre le feuillet fibreux et le feuillet séreux de la dure-mère; épanchement qui est une véritable apoplexie méningée et dont j'ai vu deux exemples. On conçoit à peine la possibilité de cet épanchement, vu l'intimité de l'adhérence de ces deux feuillets (1). »

Peut-être pourrais-je ajouter quelques autres faits qui ont été regardés comme des exemples d'hémorrhagies entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale; mais il y a évidemment eu pour les uns une erreur produite par certaines expressions prises dans une acception, trop rigoureuse ; pour d'autres la description n'est pas suffisamment précise et on ne peut que conserver des doutes. M. Dezeimeris, par exemple, a cité comme un cas d'hémorrhagie entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale, une observation de M. Serres insérée dans l'*Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux*, p. 303. « Le sang, dit M. Serres, était interposé entre la dure-mère et l'arachnoïde. » C'est là toute la description de l'épanchement. M. Dezeimeris, après avoir fait remarquer combien cette description est incomplète, ajoute que, dans la bouche de tout autre que d'un habile anatomiste, l'absence de détails graphiques pourrait jeter quelque incertitude sur le siège de l'hémorrhagie.

Nous croyons, quant à nous, que beaucoup d'auteurs qui n'ignoraient pas l'existence d'un feuillet séreux à la face interne de la dure-mère, n'en ont pas moins continué à se servir d'un langage vicieux, mais consacré par l'habitude. Rien n'est plus fréquent, en effet, que de rencontrer cette phrase : *Entre la dure-mère et l'arachnoïde*, pour désigner la cavité de l'arachnoïde. D'ailleurs le décollement

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. III, p. 294.

du feuillet séreux de la dure-mère est un fait assez curieux pour qu'on s'y arrête, et qu'on le fasse au moins remarquer. Nous ne doutons donc point que M. Serres n'ait voulu désigner la cavité de l'arachnoïde comme étant le siège de l'épanchement.

Je serais, au contraire, tenté de regarder comme un fait d'hémorrhagie entre la dure-mère et son feuillet séreux l'observation suivante citée par Abercrombie; mais la description du siège de l'épanchement est trop brève et doit laisser des doutes. « On reconnut, dit Abercrombie, une matière jaune, ferme, occupant le côté externe de l'hémisphère gauche et s'étendant environ trois pouces d'avant en arrière ; en hauteur cette substance correspondait à environ la moitié inférieure de l'hémisphère. A un examen attentif, on reconnut que c'était un kyste affaissé, existant entre l'arachnoïde et la dure-mère, en *partie enveloppé par l'arachnoïde*. La texture de ce kyste ressemblait exactement à celle de la membrane qui se forme sur les parois des foyers, dans la substance du cerveau. On ne pouvait guère douter que cette partie n'eût été le siège d'une extravasation qui avait été absorbée. »

Je crois devoir ne pas tenir compte de ce fait, de celui de M. Serres et de quelques autres semblables dans lesquels on peut conserver des doutes sur le siège de l'épanchement. Quant aux observations de MM. Rostan, Andral, Blandin, Cruveilhier, Menière, le langage, comme on l'a vu, est tellement précis qu'aucune erreur n'est possible (1).

M. Rostan, en effet, explique la rareté de ces épanchements par la structure des parties : l'*union intime des deux feuillets* (dure-mère et arachnoïde pariétale) *semble*, dit-il, *leur interdire toute espèce de séparation.*

(1) Il faut joindre à ces auteurs M. Foville. Voir la note nº 4, B.

M. Andral n'est pas moins précis. Il déclare qu'il est difficile de concevoir comment une membrane *mince et ténue comme l'arachnoïde peut être séparée de la dure-mère sans se déchirer et se rompre*. Plus loin il explique la marche lente des symptômes par la manière *très serrée* dont l'arachnoïde est unie à la dure-mère. « Ce n'est que peu à peu, ajoute-t-il, que le sang qui s'épanche doit opérer le *décollement* des deux membranes et s'amasser entre elles en assez grande quantité pour comprimer le cerveau. »

Le kyste, observé par M. Blandin, était situé « *entre la dure-mère et le feuillet de l'arachnoïde qui y est intimement collé* ».

Quant à M. Menière, il explique *le décollement* de l'arachnoïde pariétale par l'engorgement du tissu cellulaire sous-séreux qui rend ce décollement plus facile.

Le langage de M. Cruveilhier est aussi très net. On conçoit à peine, dit-il, la possibilité des grands épanchements qu'il a observés dans deux cas entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale, et cela à cause *de l'intimité de l'adhérence de ces deux membranes*.

J'ai cru, avant de terminer ce point, devoir insister sur cette précision du langage employé par les auteurs que j'ai cités. M. Calmeil, en effet, depuis la publication de mon premier travail, a assimilé les observations de MM. Rostan et Andral à celles de M. Serres et d'Abercrombie. J'ai dit qu'on devait pour ces derniers cas rester dans le doute à cause du manque de détails dans les descriptions, mais bien évidemment il ne saurait plus en être ainsi, quant aux autres exemples. Je me réserve d'ailleurs d'examiner plus loin avec détail les raisons sur lesquelles M. Calmeil s'est appuyé.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que MM. Rostan, Andral et Blandin ont publié des

observations d'hémorrhagie entre la dure-mère et le feuillet de l'arachnoïde pariétale, et que MM. Cruveilhier et Menière ont dit avoir vu des faits semblables ;

3° Que dans tous les cas les épanchements étaient plus ou moins étendus, adhérents à la face interne de la dure-mère, et circonscrits inférieurement par une membrane mince, transparente, se continuant sur la face interne de la dure-mère ;

3° Que cette membrane a dans tous les cas été regardée comme le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

ARTICLE III

Des motifs sur lesquels on peut s'appuyer pour mettre en doute l'existence des hémorrhagies considérables qu'on dit avoir rencontrées entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale décollée.

§ Ier

DE LA RESSEMBLANCE ENTRE LES HÉMORRHAGIES ENKYSTÉES DE LA CAVITÉ DE L'ARACHNOIDE ET CELLES QU'ON DIT AVOIR RENCONTRÉES ENTRE LA DURE-MÈRE ET SON FEUILLET SÉREUX DÉCOLLÉ, ET DE LA POSSIBILITÉ DE CONFONDRE CES DEUX SORTES D'ÉPANCHEMENTS.

Si l'on compare entre eux les faits que j'ai cités jusqu'ici, on restera bientôt convaincu que les hémorrhagies de la cavité de l'arachnoïde ont une grande ressemblance avec celles qu'on croit avoir eu lieu entre la dure-mère et son feuillet séreux décollé.

Qu'a-t-on trouvé dans les observations rapportées par MM. Rostan et Andral ?

Des poches membraneuses très étendues existant à la face interne de la dure-mère et contenant du sang.

Comment rencontre-t-on certains épanchements sanguins de la cavité même de l'arachnoïde?

Dans des poches membraneuses adhérentes aussi à la face interne de la dure-mère.

M. le professeur Rostan et M. Thibert ont pensé que le feuillet qui limitait l'hémorrhagie était l'arachnoïde pariétale décollée. M. Thibert ajoute qu'elle était épaissie et rouge.

Dans l'observation de M. Longet et dans celle que j'ai rapportée, on a trouvé la membrane qui circonscrivait l'épanchement, lisse, polie, transparente, offrant, en un mot, toutes les apparences de l'arachnoïde; mais on n'en a pas moins constaté que ce n'était qu'un feuillet pseudo-séreux de nouvelle formation.

J'ai d'ailleurs fait remarquer, comme une analogie de plus, la manière dont la pseudo-membrane, dans ces derniers cas, se terminait à la face interne de la dure-mère. Elle s'y perdait d'une manière insensible, et on ne pouvait reconnaître le point où elle finissait; de sorte que sous ce rapport elle se comporte comme le ferait le feuillet pariétal lui-même.

Un troisième caractère commun aux deux espèces d'hémorrhagies, c'est leur extrême étendue.

Le sac membraneux occupait presque tout le côté gauche de la tête, dans le fait rapporté par M. Rostan; les trois quarts postérieurs de la paroi latérale du crâne, dans une des observations recueillies par M. Thibert.

Le kyste trouvé par M. Longet s'étendait depuis la suture qui unit le frontal aux pariétaux jusque dans les fosses de l'occipital.

Enfin, les deux poches décrites par M. Thibert, dans sa seconde observation, avaient presque la même situation et la même étendue que les deux kystes que j'ai moi-même rencontrés.

M. Blandin, comme on l'a vu plus haut, a dit que les épanchements entre la dure-mère et le feuillet séreux qui la tapisse étaient toujours très exactement circonscrits; mais ce caractère ne saurait les distinguer des hémorrhagies enkystées de la cavité de l'arachnoïde. Dans les deux observations que j'ai rapportées, tout le sang, en effet, était contenu dans les poches, et il n'y en avait aucune trace en dehors de leur cavité.

Il y a donc un premier fait bien évident, c'est que rien ne ressemble plus aux hémorrhagies entre la dure-mère et l'arachnoïde décollée que les hémorrhagies dans la cavité même de l'arachnoïde.

On conçoit d'ailleurs parfaitement comment on doit naturellement penser au décollement de l'arachnoïde pariétale, lorsqu'on rencontre ainsi, à la face interne de la dure-mère, une poche membraneuse remplie de sang. Sans doute, ce décollement est assez difficile à comprendre, surtout lorsque l'épanchement est très étendu; mais s'expliquera-t-on beaucoup plus facilement comment une hémorrhagie qui s'est faite dans la cavité de l'arachnoïde, quatre jours avant, par exemple (observation de M. Rostan), se trouve maintenant à la face interne de la dure-mère parfaitement circonscrite dans une poche membraneuse? Comment surtout cette hémorrhagie n'a laissé aucune trace dans la cavité de la membrane séreuse?

On comprend aussi l'embarras dans lequel on a pu quelquefois se trouver pour déterminer le siège de certains épanchements, et on ne s'étonnera point que ces faits aient été l'occasion de discussions. Ces discussions ont, en effet, eu lieu à plusieurs reprises. M. A. Bérard, dans le compte rendu des travaux de la Société anatomique, s'exprime ainsi à l'occasion de deux observations lues à cette Société :

« Malgré l'adhérence intime du feuillet pariétal de l'arach-

noïde à la dure-mère, plusieurs praticiens ont rapporté des cas d'épanchements siégeant entre ces deux membranes décollées. Quelques-uns d'entre vous ont cru voir un nouvel exemple de ce genre d'épanchement sur une pièce qui vous a été envoyée de l'hôpital des Enfants, par M. Gouraud. Une grande quantité de sérosité sanguinolente était renfermée dans un kyste qui occupait toute la voûte du crâne, et même s'étendait vers la base en avant et sur les côtés. Les parois de ce kyste, du côté du crâne, étaient évidemment formées par la dure-mère ; mais la membrane qui bordait l'épanchement du côté du cerveau a paru à quelques membres trop épaisse et trop résistante pour appartenir simplement à l'arachnoïde pariétale épaissie, en sorte qu'ils ont pensé que le siège de l'épanchement pouvait bien exister entre deux feuillets de la dure-mère.

« Je dois, continue M. Bérard, rapprocher de ce fait la fausse membrane que M. Fabre vous a fait voir ; elle recouvrait tout le cerveau, et renfermait, dans une partie de son étendue, un kyste plein de sang coagulé. M. Fabre a pensé que ces productions morbides étaient situées dans la cavité de l'arachnoïde, mais cette opinion a été combattue par MM. Manec et Michon, qui ont dit avoir rencontré de semblables lésions évidemment renfermées entre deux feuillets de la dure-mère (1). »

Le siège de l'hémorrhagie, dans l'observation que nous avons empruntée à M. le Dr Longet, n'a pas été reconnu de prime abord. La *pièce*, avant d'être apportée à la Société anatomique, avait été examinée par plusieurs médecins, et le siège n'avait pas encore été fixé. La meilleure preuve que j'en puisse donner, c'est que M. Prus, dans le service duquel l'observation avait été recueillie, l'a intitu-

(1) *Compte rendu des travaux de la Société anatomique*, pour l'année 1830, p. 8.

lée : Épanchement apoplectique ayant son siège *présumé* dans la cavité arachnoïdienne (1).

Le siège de cet épanchement ne fut même fixé à la Société anatomique qu'après un commencement de discussion, dans laquelle on fit de la circonscription de l'épanchement une objection contre ceux qui plaçaient l'hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde. C'est dans cette discussion que je fis part à la Société des faits que j'avais observés. Pour nous, la fausse membrane qui formait la poche ne devait être que le feuillet inférieur d'un kyste adhérent à la face interne de la dure-mère ; ce kyste put, en effet, bientôt être détaché, et le siège de l'épanchement devint dès lors évident pour tout le monde.

Cependant, dans les hémorrhagies anciennes, le décollement de la poche pourrait ne pas lever tous les doutes.

Voici ce que dit M. Ribes, à propos d'un de ces kystes sanguins, trouvé dans la cavité de l'arachnoïde, et dont il avait fait l'examen avec MM. Magendie, Breschet et Rochoux : « Un de mes confrères pensait que le sang s'était d'abord épanché entre la dure-mère et l'arachnoïde qui la tapisse ; il fondait son opinion sur ce qu'il croyait que l'arachnoïde n'existait plus sur la portion de la dure-mère qui correspondait au kyste. »

Alors, en effet, comme l'a observé M. Calmeil, la dure-mère est « inégale, dépolie, criblée de petits trous qui correspondaient probablement à des tuyaux vasculaires rompus ». Ce qui rend le cas plus difficile encore, c'est que la face inférieure du kyste, en contact depuis longtemps avec l'arachnoïde cérébrale, a pris tous les caractères qu'a perdus la face interne de la membrane fibreuse. On pourra même soulever un feuillet séreux, à la surface de ce kyste,

(1) *Journal des transactions médicales*, septembre 1834.

et le voir se continuer sur la face interne de la dure-mère : « Les membranes accidentelles, dit M. Ribes, lorsqu'elles sont depuis longtemps formées, offrent une membrane séreuse très évidente que l'on peut facilement isoler par la dissection. Cette membrane est de la même nature que la séreuse dans laquelle elle a pris naissance ; seulement elle paraît plus mince, plus fine et plus déliée. » Laënnec avait déjà établi le même fait. J'ai cité, d'après M. Bayle, la description d'une fausse membrane sur laquelle on pouvait soulever une lame ayant tout à fait l'apparence et la consistance de l'arachnoïde.

L'aspect dépoli de la face interne de la dure-mère et la formation d'un feuillet séreux à la face profonde du kyste devront donc, dans certains cas d'épanchements anciens, rendre le siège assez difficile à déterminer.

Quant aux hémorrhagies récentes, on pourra toujours éviter l'erreur, si l'on ne se borne pas à l'examen de la membrane qui limite l'épanchement, et si l'on sait qu'elle peut n'être que le feuillet profond d'un kyste, dont le feuillet superficiel tapisse la face interne de la dure-mère; il faudra donc, avant tout, porter son attention sur l'épaisseur de cette membrane, et chercher à en détacher le second feuillet. On pourra s'assurer ensuite que l'arachnoïde existe encore sur la dure-mère, dans la partie correspondant au kyste.

Des discussions dont je viens de parler se comprennent d'autant mieux qu'on ne peut que difficilement admettre les décollements étendus du feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Ce feuillet est si fin, si mince, si intimement adhérent à la dure-mère, les vaisseaux du tissu cellulaire serré qui unit les deux membranes sont si déliés, qu'on doit d'abord se demander s'il est possible d'expliquer par une rupture

de ces vaisseaux, qui ne reçoivent point de sang rouge dans l'état normal, des épanchements qui décollent en trois ou quatre jours le feuillet séreux dans presque toute l'étendue d'un côté de la voûte du crâne. On ne peut, sans doute, dire que ce soit là un fait impossible ; mais tout le monde admettra qu'il est assez difficile à concevoir, pour qu'on ne l'adopte pas légèrement et sans preuves bien positives. Une chose digne de remarque, c'est que les épanchements observés entre la dure-mère et l'arachnoïde étaient, dans tous les cas, ou de simples ecchymoses ou des hémorrhagies considérables. L'étendue de ces hémorrhagies nous a même fourni un point de plus de ressemblance entre elles et les épanchements enkystés de la cavité de l'arachnoïde. Cependant, si l'on pense à l'extrême difficulté du décollement du feuillet séreux, ne conçoit-on pas qu'on eût dû rencontrer parfois des hémorrhagies intermédiaires entre ces simples ecchymoses et ces épanchements si vastes?

Ne doit-on pas s'étonner aussi que la rupture du feuillet séreux, bien plus facile à comprendre que son décollement, n'ait jamais été observée?

L'extrême ressemblance des hémorrhagies enkystées de la cavité arachnoïdienne avec celles qui pourraient avoir lieu entre la dure-mère et le feuillet séreux qui la tapisse a donc eu pour conséquence, comme on devait le prévoir, des discussions qui se sont renouvelées à plusieurs reprises sur le siège de certains épanchements. C'est une preuve de plus que l'erreur est facile sur ce sujet et qu'elle a pu être commise.

§ II

LES OBSERVATIONS PUBLIÉES JUSQU'A CE JOUR SONT INSUFFISANTES POUR PROUVER QUE DES HÉMORRHAGIES ÉTENDUES ONT RÉELLEMENT EU LIEU ENTRE LA DURE-MÈRE ET LE FEUILLET PARIÉTAL DE L'ARACHNOIDE.

Malgré les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, et qui peuvent jeter des doutes sur l'existence des hémorrhagies entre la dure-mère et l'arachnoïde, nous n'hésiterions pas à admettre ces sortes d'épanchements, si les observations publiées jusqu'ici offraient la preuve que les auteurs de ces observations, connaissant les causes d'erreur, ont cherché à s'en garantir; mais rien ne prouve qu'il en ait été ainsi.

Personne plus que nous ne reconnaît l'autorité de M. Rostan; cependant nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que la description de l'épanchement, dans le fait qu'il a publié, est beaucoup trop concise : « Le sang, dit-il, était renfermé entre la face interne de la dure-mère et la face externe de l'arachnoïde qui lui adhère; il semblait renfermé dans une espèce de poche. »

Un fait si curieux d'anatomie pathologique exigeait, à notre avis, plus de détails. Quel était l'aspect de la face interne de la dure-mère dans la partie correspondant à la poche? A-t-on acquis la certitude qu'elle était dépouillée de son feuillet séreux? Enfin, cette membrane qui limitait l'épanchement, comment se comportait-elle quand on essayait de la détacher au delà de la poche? Je pense donc que cette observation ne saurait trancher la question, surtout depuis que des hémorrhagies, se présentant avec les mêmes apparences, ont été rencontrées dans la cavité de l'arachnoïde.

M. Thibert, dans les deux faits communiqués à M. An-

dral, se borne à dire que l'arachnoïde épaissie et rouge était détachée de la dure-mère dans une étendue très considérable.

Il est évident, d'après tout ce qui précède, que de semblables observations ne sauraient porter conviction, et que des descriptions beaucoup plus détaillées seraient nécessaires pour faire admettre des faits d'ailleurs si difficiles à concevoir.

Quant au kyste décrit par M. Blandin, il a été constaté par MM. Pariset, Honoré et Murat qu'il occupait l'intervalle de la dure-mère et de l'arachnoïde decollée, et personne n'a conservé de doute à cet égard. Nous sentons combien nous devons nous montrer réservé dans le jugement de faits si positivement affirmés. Ici encore, il n'y a aucun des détails nécessaires, et nous ne pouvons que renvoyer à ce que nous avons dit sur la difficulté de déterminer le siège de certains kystes anciens, à cause du dépoli de la face interne de la dure-mère dans la partie correspondant au kyste, et de la formation à la face inférieure de celui-ci d'un nouveau feuillet séreux.

Je regrette que le mémoire de M. Menière, analysé par M. Dezeimeris, n'ait pas encore été publié; peut-être, en effet, pourrait-il trancher la question. S'il était bien établi que la couche si fine de tissu cellulaire qui unit la dure-mère et son feuillet séreux s'engorge, *se ramollit* dans certains cas, le décollement des deux membranes deviendrait plus facile à concevoir, et les principales objections contre les hémorrhagies entre la dure-mère et l'arachnoïde seraient détruites. Mais ce sont là des faits qui demandent à être démontrés, et nous ne pouvons qu'en attendre la publication.

Je crois devoir faire remarquer que l'épanchement, dans l'observation de M. Rostan, occupait une très grande éten-

due, mais qu'en même temps il n'avait que *trois lignes d'épaisseur*. C'était, par conséquent, un large gâteau de sang aplati. Or, supposez une rupture vasculaire entre la dure-mère et son feuillet séreux, est-ce là la forme que prendra l'épanchement? Non assurément, car la dépression du cerveau est beaucoup plus facile que le décollement du feuillet séreux, et on ne comprend pas comment le sang, qui ne déprime l'hémisphère que de trois lignes, aurait assez de force pour décoller de proche en proche l'arachnoïde pariétale dans une si grande étendue.

Dans les deux faits recueillis par M. Thibert, la dépression du cerveau était d'un pouce, et le fait nous paraît plus facile à comprendre.

Du reste, cette forme de gâteau mince et allongé, si elle n'est pas celle que le sang devrait avoir dans les hémorrhagies entre la dure-mère et l'arachnoïde décollée, se trouve, au contraire, être celle que prend le sang dans certaines hémorrhagies de la cavité séreuse. Chez un homme mort au bout de quelques heures, après de violentes convulsions, on trouva, dit M. Abercrombie, un vaste caillot qui couvrait et cachait complètement tout l'hémisphère droit; il avait environ deux lignes d'épaisseur sur le lobe moyen, et allait ensuite en s'amincissant. D'après ce que nous avons dit, on voit que cette hémorrhagie aurait pu, si le malade avait vécu plusieurs jours, être trouvée à la face interne de la dure-mère et séparée de l'arachnoïde cérébrale par une membrane transparente pseudo-séreuse.

Les observations d'hémorrhagies très étendues entre la dure-mère et l'arachnoïde décollée publiées jusqu'ici manquent donc des détails nécessaires, et rien ne prouve qu'on ait cherché à se garantir des causes d'erreur que j'ai signalées.

Ces observations ont besoin d'être confirmées par de nouveaux faits, et, jusque-là, il est permis de les révoquer en doute.

APPENDICE

De la transformation graduelle que subit le sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde, et de l'erreur à laquelle cette transformation a donné lieu.

Je me suis borné, dans le travail qui précède, à chercher à démontrer que les épanchements sanguins, qu'on croit avoir rencontrés entre la dure-mère et l'arachnoïde décollée, avaient bien réellement leur siège dans la cavité même de l'arachnoïde. Tel était, en effet, le principal but de ce mémoire. Cependant je crois devoir compléter ici l'anatomie pathologique des hémorrhagies arachnoïdiennes : 1° en étudiant les transformations successives que subit le sang épanché lorsque le malade vit pendant plusieurs années ; 2° en signalant l'erreur à laquelle cette transformation a donné lieu.

§ Ier

Transformations successives que subit le sang épanché.

On a vu que le sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde ne tarde pas à être enveloppé par un double feuillet pseudo-membraneux mince, transparent et ressemblant en tous points à l'arachnoïde elle-même. On a vu aussi que, dans les cas d'épanchements peu considérables, le sang étalé en une couche mince adhère bientôt à la face interne de la dure-mère. Si l'on examine cette couche sanguine après quelques jours, on n'y trouve que les deux feuillets

arachniformes dont j'ai parlé, et au-dessous desquels le sang apparaît avec une couleur rouge foncé. Plus tard, au lieu d'un seul feuillet, on peut en soulever deux, trois, quatre ou même plus sur chaque face de l'épanchement; en même temps, on constate que le caillot a subi un commencement de décoloration analogue à celui qu'on observe dans les hémorrhagies de la substance cérébrale elle-même. Les feuillets pseudo-membraneux superposés ont d'ailleurs souvent acquis assez d'épaisseur pour cacher complètement le sang, dont on méconnaîtrait l'existence si l'on n'avait le soin d'inciser la fausse membrane qui en recèle une couche uniforme et très mince.

Plus tard encore la décoloration devient complète, et la fausse membrane prend peu à peu l'apparence fibreuse et finit par ressembler à la dure-mère elle-même. MM. Bayle et Calmeil ont observé des cas de ce genre. Dans l'une des observations de M. Bayle, un double épanchement semble avoir eu lieu successivement, et à des époques assez éloignées, sur chacun des hémisphères cérébraux. A l'autopsie, on trouva d'un côté une fausse membrane encore tout imprégnée de sang, et de l'autre, au contraire, comme une seconde dure-mère tout à fait décolorée.

« A gauche, dit M. Bayle, la pseudo-membrane avait une couleur d'un jaune rougeâtre avec des taches rouges et noirâtres, et une ligne et demie à deux lignes d'épaisseur dans certains points ; elle était molle, couenneuse et très fragile ; on la divisait avec beaucoup de facilité en plusieurs lames, entre lesquelles se trouvaient des caillots de sang.

« *A droite*, la pseudo-membrane avait une ligne d'épaisseur et une résistance assez considérable; on pouvait la diviser en trois lames, dont la plus extérieure avait toute l'apparence et la consistance de l'arachnoïde, et dont les

deux ou trois réunies ressemblaient à la dure-mère (1). »

On voit dans ce fait deux phases de la transformation des épanchements. Dans l'une, la couenne est déjà formée de plusieurs feuillets pseudo-membraneux, renfermant des caillots de sang; dans l'autre, toute trace de liquide a disparu, et la fausse membrane a déjà une apparence fibreuse.

La moins ancienne des fausses membranes vient expliquer ici l'origine de l'autre ; mais si les deux épanchements avaient eu lieu en même temps, si le travail de décoloration avait été aussi avancé à gauche qu'à droite, on aurait pu être embarrassé pour décider l'origine inflammatoire ou purement hémorrhagique de la pseudo-membrane. C'est, en effet, ce qui est arrivé pour le fait suivant.

Chez l'abbé R..., mort à Charenton d'une phtisie pulmonaire, j'ai trouvé à la face interne de la dure-mère une fausse membrane assez épaisse et assez résistante pour qu'on pût la comparer à la dure-mère, à laquelle elle adhérait. Il n'y avait plus aucune trace d'épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde. Le malade n'ayant pas éprouvé depuis plus de dix ans d'autres accidents cérébraux que des hallucinations de l'ouïe, on doit supposer que la fausse membrane remontait à une époque très éloignée.

Cette fausse membrane était-elle le dernier degré de transformation d'une ancienne hémorrhagie? C'est ce qu'on ne peut affirmer d'une manière absolue ; mais les faits analogues à l'observation de M. Bayle, citée plus haut, rendent cette hypothèse très probable.

Dans les hémorrhagies très considérables, le même travail a lieu. Le nombre des feuillets augmente successivement et accroît peu à peu l'épaisseur du kyste. Il arrive le

(1) Bayle, *Méningite chronique*, p. 289.

plus souvent qu'après un certain temps ce travail s'arrête, et du sang liquide reste alors indéfiniment renfermé dans la poche.

J'ai trouvé, dans un cas récemment observé, une transformation particulière du sang, que je n'ai pas vue décrite dans les observations publiées jusqu'à ce jour.

La femme C..., âgée de trente-huit ans, est entrée à la Salpêtrière, dans la section des aliénés, le 28 juin 1845. Elle ne pouvait marcher sans être soutenue, ses bras étaient très faibles, mais aucun des membres n'était complètement paralysé. L'embarras de la parole était extrême, et c'est avec beaucoup de peine que la malade parvenait à prononcer quelques mots. La démence était très avancée, et cette femme paraissait à peine comprendre les questions les plus simples. Excrétion involontaire des urines et des matières fécales, sensibilité très obtuse. Ces symptômes d'une paralysie générale avancée ne firent que s'aggraver et la mort eut lieu le 2 août 1846. A plusieurs reprises la déglutition avait été impossible pendant quelques jours, et on avait dû recourir au cathétérisme œsophagien.

Autopsie le 3 août.

Crâne. — La dure-mère étant incisée et renversée de chaque côté, l'hémisphère droit apparaît comprimé de haut en bas et de dehors en dedans par une énorme tumeur qui s'étend d'avant en arrière dans toute la longueur du crâne. Transversalement, cette tumeur a envahi la moitié au moins de l'espace destiné à loger l'hémisphère droit, qui est fortement aplati latéralement. Dans certains points, les circonvolutions n'apparaissent pas dans l'étendue de plus d'un pouce. En bas, la tumeur repose sur le plancher de l'orbite et touche en haut le sommet du crâne. On re-

connaît facilement un vaste kyste rempli de liquide et adhérent à la dure-mère, dont il peut cependant être détaché assez facilement; sa face externe apparaît alors rugueuse, inégale, tandis que l'interne est lisse et comme tapissée par un feuillet séreux.

Dans la partie correspondant à la tumeur, une fausse membrane assez épaisse, qui formait la lame la plus superficielle de la poche, est restée adhérente à la face interne de la dure-mère. Cette face interne mise à nu est d'ailleurs lisse, polie et évidemment tapissée encore par son feuillet séreux. Le kyste est lui-même formé de plusieurs lamelles. A la circonférence de la tumeur, ces lamelles se réunissent en une seule qui s'étend très loin et se perd insensiblement à la face interne du crâne. On reconnaît dans ce feuillet aminci des vaisseaux qui commencent à s'organiser.

Le kyste ayant été ouvert dans toute sa longueur, est trouvé rempli d'une sorte de magma épais, de la couleur du carmin. Il n'y a aucune trace de sang en nature et point de liquide. L'intérieur de la poche offre des inégalités produites par la matière rouge, dont quelques parties sont restées adhérentes à ses parois.

L'espèce de bouillie qui remplissait la tumeur était-elle le résultat de la transformation d'un énorme caillot sanguin? Au premier abord on aurait pu penser à la matière cérébrale elle-même ramollie et mêlée de sang; mais l'hémisphère droit comprimé était intact, ainsi que les membranes; le kyste était tout à fait extérieur ; cette supposition ne peut donc être admise. D'ailleurs, la matière trouvée dans la poche, quelque grande que fût la transformation, ressemblait plus encore à du sang altéré qu'à de la matière cérébrale.

On ne peut donc douter que la tumeur ne fût un de ces

kystes hémorrhagiques, dont beaucoup d'exemples déjà ont été publiés.

Le cerveau n'offrait rien qui mérite d'être noté. Les autres viscères n'ont pas été examinés.

Ce fait est remarquable par l'étendue du kyste, mais surtout par la transformation spéciale qu'avait subie le sang, transformation telle qu'on eût pu, par exemple, le prendre dans l'épaisseur même du cerveau, pour de la substance cérébrale altérée.

Dans tous les faits analogues à celui que je viens de citer, l'épaississement du kyste s'arrête après un certain temps et sa cavité ne s'oblitère jamais complètement. La résorption du sang, qu'on observe si souvent pour les hémorrhagies de la substance cérébrale, paraît cependant avoir eu lieu dans plusieurs cas. On a vu plus haut une observation de ce genre, empruntée à Abercrombie : le kyste était affaissé et le sang avait complètement disparu.

En résumé :

1° Si le sang est épanché en petite quantité, et étalé en une couche mince, il est bientôt enveloppé par deux feuillets pseudo-membraneux, au-dessous desquels s'en forment successivement plusieurs autres ;

2° L'épanchement finit par disparaître au milieu de ces feuillets pseudo-membraneux, qu'il faut inciser pour en retrouver des traces ;

3° La décoloration peut devenir complète et la couche sanguine se transformer à la longue en une sorte de membrane fibreuse ;

4° Dans les hémorrhagies plus considérables, le sang est enveloppé dans une poche qui s'épaissit peu à peu par la superposition successive de plusieurs feuillets ;

5° Le sang contenu dans l'intérieur de cette poche se sépare ordinairement en caillots fibrineux qui adhèrent à

sa face interne et forment parfois des cloisons inégales, et en une partie liquide plus ou moins décolorée;

6° La masse du sang se transforme aussi quelquefois en un magma épais et d'une couleur variable;

7° Le sang épanché peut, dans certains cas exceptionnels, être complètement résorbé.

§ II

LES FAUSSES MEMBRANES RÉSULTANT D'ÉPANCHEMENTS SANGUINS PLUS OU MOINS ANCIENS ONT ÉTÉ REGARDÉES A TORT COMME DE SIMPLES PRODUITS DE PHLEGMASIES ANTÉRIEURES.

M. Bayle, dans l'excellente monographie qu'il a publiée sur la paralysie générale des aliénés, s'est efforcé de démontrer que cette maladie était le résultat d'une méningite chronique. Les arguments ne manquent pas, en effet, à l'appui de cette opinion; mais il est des cas pour lesquels elle devient, à notre avis, impossible à soutenir. Chez certains sujets qui succombent à une période peu avancée de la maladie, on ne trouve pas d'autre altération des méninges qu'une injection plus ou moins vive de la pie-mère. Or, cette altération se rencontre souvent et au même degré dans le cerveau des maniaques ou des mélancoliques. La méninge n'est ni épaissie ni infiltrée, il n'y a ni épanchement de sérosité ni fausses membranes. Il est alors difficile de rapporter à une méningite l'embarras de la parole, la faiblesse des membres inférieurs, les idées ambitieuses et souvent les symptômes d'une démence déjà avancée. C'est évidemment à une altération encore inconnue du cerveau lui-même qu'il faut remonter dans ces cas pour expliquer la maladie.

Je n'ai d'ailleurs point à discuter ici avec détail l'opinion de M. Bayle; je dois me borner à examiner ce qu'il

a dit des fausses membranes qu'on trouve dans la cavité de l'arachnoïde, et qu'il a regardées comme des produits phlegmasiques analogues à ceux qu'on rencontre chaque jour dans les plèvres, le péricarde, etc.

« Il se forme, dit-il, quelquefois dans la cavité de l'arachnoïde des exhalations d'albumine concrète, mais sans cohésion, qui se présentent sous la forme de petits amas d'une matière blanchâtre, grisâtre ou jaunâtre, répandus çà et là en petite quantité sur quelques points de cette membrane séreuse.

« Mais cette exhalation est ordinairement plus abondante, et l'albumine qui en est le produit se transforme en une *fausse membrane*, analogue à celle qu'on trouve si fréquemment sur la plèvre, le péricarde, le péritoine, etc.

« On rencontre ces exsudations chez un sixième environ des malades qui succombent à la méningite chronique. »

Après avoir indiqué le siège précis de ces pseudo-membranes et leur étendue, M. Bayle les décrit de la manière suivante :

« Ces productions inflammatoires sont souvent transparentes, surtout lorsqu'elles sont très minces; mais elles peuvent présenter une couleur blanchâtre, grisâtre, rougeâtre, et plus rarement jaunâtre, brunâtre et noirâtre. Elles offrent fréquemment des nuances différentes dans leur étendue.

L'épaisseur des fausses membranes varie beaucoup : elles sont quelquefois d'une ténuité telle, qu'on pourrait les comparer à une toile d'araignée; ordinairement elles sont plus épaisses et égalent la plèvre, la dure-mère, etc. ; elles peuvent même acquérir une demi-ligne, une ligne, ou même deux lignes d'épaisseur, ce qui est néanmoins très rare. Cette épaisseur n'est pas la même dans toutes les parties de leur étendue ; elle est plus considérable sur la convexité

des hémisphères que partout ailleurs, elle va en diminuant à mesure qu'on s'approche de la base du crâne, où ces productions disparaissent souvent, ou deviennent arachniformes.

« Leur résistance est, en général, proportionnelle à leur épaisseur; celles qui sont très minces sont si molles, qu'on les déchire en les touchant, tandis que celles qui sont épaisses sont souvent assez dures et difficiles à déchirer. Elles présentent quelquefois une grande ténacité, une dureté et une apparence cartilagineuse.

« Leur organisation présente également beaucoup de différences. Celles qui sont minces sont couenneuses, semblables aux pellicules albumineuses des œufs, et sans structure propre, distincte ; les autres offrent souvent sur une de leurs faces, celle qui est unie à la dure-mère, des traces de vaisseaux sanguins injectés et entre-croisés en divers sens. On y voit aussi quelquefois des plaques noirâtres ou brunâtres qui sont évidemment d'anciens caillots de sang en partie résorbés. Les fausses membranes épaisses sont composées de plusieurs feuillets superposés, qu'on peut séparer dans une certaine étendue, et entre lesquels il n'est pas rare de trouver des concrétions fibrineuses brunâtres, ou même des caillots d'un sang plus ou moins décoloré (1). »

L'existence de ces fausses membranes, dans un sixième des cas, est un argument puissant pour prouver l'existence d'une méningite chronique; mais cet argument est loin d'avoir, à mon avis, la valeur qu'on serait tenté de lui accorder. C'est ce que je vais essayer de démontrer en examinant les conditions dans lesquelles se produisent ces fausses membranes, et surtout en étudiant avec soin leur mode de formation et leur nature.

(1) Bayle, *Méningite chronique*, p. 467.

J'ai rapporté, dans le travail qui précède, plusieurs exemples de grandes hémorrhagies dans la cavité de l'arachnoïde. Ces vastes épanchements enkystés n'ont point été considérés comme les résultats d'une méningite ; on les a purement et simplement classés parmi les hémorrhagies.

On comprend, d'ailleurs, que la quantité du liquide ne doit en rien modifier l'opinion dont je viens de parler. Une hémorrhagie de deux grammes n'est pas plus un produit phlegmasique que celle qui est cinq ou six fois plus forte.

Les grandes hémorrhagies arachnoïdiennes se trouvent assez souvent chez les aliénés paralytiques, où elles semblent être liées à des congestions cérébrales. Or, chez ces mêmes malades et sous l'influence de la même cause, on observe aussi de petits épanchements, et on ne peut évidemment chercher ici deux explications différentes pour le même fait.

On a vu plus haut qu'il se forme dans les hémorrhagies arachnoïdiennes des feuillets pseudo-séreux qui enveloppent l'épanchement. Nous savons aussi que ces fausses membranes s'épaississent peu à peu par la superposition successive de nouveaux feuillets ; enfin qu'elles se décolorent par la résorption graduelle de la matière colorante du sang, et finissent par ressembler à de véritables membranes fibreuses.

C'est avec ces données qu'il faut examiner les productions pseudo-membraneuses regardées comme de simples produits phlegmasiques, et dont M. Bayle a rapporté douze observations.

Je me bornerai, pour tous ces faits, à citer les descriptions de l'altération principale.

Première observation. — « On voyait sur l'arachnoïde, à la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère gauche, une plaque *rougeâtre de sang caillé*, du diamètre d'une

pièce de six francs, peu adhérente à la membrane séreuse dont on la séparait en essuyant cette dernière avec précaution. Vis-à-vis de cette plaque, le feuillet arachnoïdien de la dure-mère était recouvert d'une *fausse membrane* assez épaisse, qui, dans cet endroit, avait *une couleur noire et paraissait formée par du sang.* Elle se séparait assez facilement du feuillet séreux; mais à quelques pouces de distance de la plaque noire, son épaisseur diminuait, et on ne pouvait plus la détacher du feuillet arachnoïdien de la dure-mère. »

Il est évident qu'il ne s'agit, dans cette observation, que d'une hémorrhagie intra-arachnoïdienne. Outre l'existence isolée d'un caillot sanguin, la fausse membrane elle-même était formée par du sang ; il n'y a donc pas de doute possible.

Dans la *troisième observation*, l'hémorrhagie n'est pas moins facile à reconnaître ; il existait, en effet, des *caillots de sang noirâtres* sous forme de plaques, et en même temps une fause membrane molle, couenneuse, transparente.

Chez le *quatrième* malade, la pseudo-membrane avait « une couleur *rougeâtre*, et elle offrait çà et là une teinte *jaunâtre* et quelques *plaques noirâtres*. Son tissu n'est point uniforme ; les parties les plus épaisses sont formées de lames superposées, entre lesquelles on voit des *petits caillots de sang* ». C'était donc encore une hémorrhagie avec un commencement de résorption de la matière colorante.

L'évidence est encore plus grande, s'il est possible, dans la *cinquième observation*, « la face interne de la dure-mère, dit M. Bayle, était tapissée, dans la fosse occipitale supérieure gauche, d'une fausse membrane d'un *brun rougeâtre*, ayant l'aspect d'un *caillot de sang aminci et aplati.* »

L'hémorrhagie était beaucoup plus considérable dans le *sixième* cas. Outre que la fausse membrane était d'un *brun*

rougeâtre, et offrait des *plaques noires*, elle formait, dans l'étendue de trois pouces de long environ sur un de large, un canal sinueux irrégulier et sans issue, rempli par un *sang noir et fluide ;* la surface de cette cavité était recouverte de plusieurs caillots de fibrine.

Les observations VII, X, XI, sont encore des exemples d'hémorrhagies intra-arachnoïdiennes. Dans le *douzième* fait, la fausse membrane paraissait très ancienne ; elle était décolorée en dehors, mais encore un peu rouge en dedans ; son origine hémorrhagique était d'ailleurs attestée par de petites plaques rougeâtres à la base du crâne.

Quant aux trois faits qui restent, il n'y avait point de caillots de sang ; mais les pseudo-membranes étaient extrêmement minces, et avaient une couleur *rougeâtre*. A notre avis, elles étaient, comme les autres, le résultat d'une hémorrhagie, si toutefois on peut donner ce nom à l'exhalation d'une si minime quantité de sang.

M. Bayle a traité, dans deux articles séparés, des épanchements sanguins et des fausses membranes, et distingué ces deux ordres de faits qui sont pour nous identiques ; cependant il n'a pu s'empêcher de reconnaître qu'ils se trouvent le plus souvent réunis. « *Les épanchements sanguins sont, dit-il, très rares quand il n'y a pas de fausse membrane à la face interne de la dure-mère.* »

Nous pourrions modifier la proposition de M. Bayle de la manière suivante : *Les fausses membranes à la face interne de la dure-mère sont très rares, lorsqu'il n'y a pas d'épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde.*

Pour nous, cette coïncidence des épanchements et des fausses membranes s'explique facilement, car nous voyons là un rapport de cause à effet. La fausse membrane n'est d'abord que la partie albumineuse du sang ; plus tard, c'est le sang lui-même décoloré et transformé en couenne. Mais

le plus souvent on trouve les fausses membranes avant que la décoloration soit complète, ou bien une nouvelle hémorrhagie a eu lieu ; ce qui fait qu'on les rencontre rarement sans qu'il y ait une quantité plus ou moins grande de sang.

L'analyse des faits qui précèdent ne peut, je crois, laisser aucun doute sur la nature des fausses membranes arachnoïdiennes. Ces productions succèdent évidemment à des épanchements de sang dont la partie albumineuse se sépare et s'organise, de manière à entourer bientôt l'hémorrhagie dans une sorte de poche.

L'organisation d'une fausse membrane autour du sang épanché s'observe, d'ailleurs, dans d'autres membranes séreuses. M. E. Boudet a mis ce fait hors de doute pour le péricarde.

M. Foville a indiqué comme le principal caractère anatomique de la méningite pariétale l'existence « de taches disséminées, oblongues, irrégulièrement circonscrites, d'un diamètre variable d'une ligne à un pouce. La couleur de ces taches est d'un rouge tirant sur le *brun*, ou sur le *jaune foncé* ». Puis il ajoute : « Il n'est pas rare de trouver du sang extravasé sous quelqu'une de ces taches, et quelquefois en assez grande quantité pour qu'il en résulte du côté du cerveau une saillie qui peut être assez forte pour déterminer la compression du viscère (1). »

Il est clair qu'il s'agit encore ici d'hémorrhagies plus ou moins considérables, et qui ne seraient plus pour nous la preuve d'une méningite pariétale. M. Foville n'est, d'ailleurs, pas bien éloigné d'adopter cette opinion, car il ajoute : « N'oublions pas que c'est de la méningite, c'est-à-dire de l'inflammation que je dois parler dans cet article,

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, p. 405.

et que l'altération que je décris, quoiqu'elle offre quelques-uns des caractères anatomiques de l'inflammation, n'est pas une inflammation assez bien démontrée pour que je doive m'étendre beaucoup sur toutes les circonstances qui s'y rattachent. »

Le même auteur place le siège des hémorrhagies dont je viens de parler entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale décollée, et je pense qu'il a sous ce rapport commis la même erreur que MM. Rostan, Cruveilhier, Andral, Menière et Thibert.

En résumé, il me semble ressortir des faits que je viens de citer :

1° Que les fausses membranes arachnoïdiennes sont le plus souvent le résultat d'hémorrahagies plus ou moins abondantes;

2° Que l'aspect variable sous lequel elles se présentent dépend uniquement de leur ancienneté et du dégré de décoloration qu'elles ont subi, par suite de la résorption graduelle de la matière colorante du sang ;

3° Que ces fausses membranes ne doivent pas être assimilées, comme on l'a fait, à celle de la pleurésie, de la péricardite, et qu'elles ne sauraient être invoquées comme preuve de l'existence d'une méningite (1).

(1) Cette opinion, que j'ai émise en 1837, a été adoptée par M. E. Boudet et surtout par M. Aubanel qui a consacré un long mémoire à l'examen de ce point d'anatomie pathologique.

II

SCLÉROSE

DE LA SUBSTANCE BLANCHE SUPERFICIELLE

DES CIRCONVOLUTIONS DU CERVEAU

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

En 1858 j'ai signalé « *une induration spéciale de la substance blanche des circonvolutions* » comme l'une des lésions principales de la démence paralytique (1).

Le procédé par lequel on peut constater cette lésion est des plus simples.

Lorsque sur un cerveau sain, dépouillé de ses membranes, on racle la couche corticale avec le dos d'un scalpel, on peut, après avoir enlevé successivement toute l'épaisseur de cette couche, enlever de la même manière la substance blanche superficielle des circonvolutions.

Dans le cerveau de beaucoup d'aliénés morts de paralysie générale, il en est tout autrement.

On enlève très facilement la substance grise, mais arrivé à la substance blanche celle-ci résiste et on peut se convaincre qu'elle est plus ou moins indurée.

Cette induration porte surtout sur les prolongements de

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1858, p. 373 et 1865, tome V, p. 32.

la substance blanche qui supportent la substance grise. Ces prolongements indurés forment des espèces de crêtes résistantes et élastiques.

Quand l'altération est très prononcé ces crêtes par leur forme et leur consistance rappellent jusqu'à un certain point la forme et la consistance de l'épiglotte.

Il m'est arrivé bien souvent d'enlever la substance grise de tout un groupe de circonvolutions sans entamer la substance blanche qui conserve ses reliefs et ses anfractuosités comme on peut le voir dans la planche ci-jointe :

Chez beaucoup d'aliénés paralytiques en même temps que la substance grise se ramollit il se produit donc un travail d'induration à la lisière de la substance blanche et dans ses couches les plus superficielles.

Je crois devoir faire remarquer que l'induration de la lisière de la substance blanche, facile à constater assez souvent sur tout un lobe, peut être dans d'autres cas, très limitée.

J'ai publié une observation de ce genre où la sclérose n'atteignait encore qu'une seule circonvolution et j'ai rencontré d'autres cas semblables.

Une femme de trente-six ans entre à la Salpêtrière dans un état d'excitation maniaque, avec un délire de grandeurs des mieux caractérisés. Les pupilles étaient inégales mais la parole restait libre. Bientôt cette malade se calme et un délire hypochondriaque très curieux se mêle au délire ambitieux; elle prétend qu'on lui a vidé le corps pour prendre ses diamants; elle a dans le corps des tonneaux remplis d'or.

Cette femme meurt subitement le quarante-quatrième jour.

A l'autopsie on constate que les membranes sont saines, il n'y a ni opacité ni épaississement, aucune trace d'adhé-

rences à la couche corticale. Cependant on trouve dans le lobe antérieur droit une circonvolution très nettement sclérosée et un commencement de la même altération dans le lobe antérieur gauche.

On comprend que dans les cas de ce genre une lésion aussi limitée, qui n'est accompagnée ni d'altérations des méninges, ni d'adhérences de l'arachnoïde à la substance grise, doive passer très souvent inaperçue.

En 1864, M. Regnard alors interne dans mon service a étudié la lésion que je viens de décrire. Le mémoire qu'il a publié sur ce sujet l'année suivante contient douze observations de femmes mortes de paralysie générale, et dont il a fait l'autopsie. Il a trouvé huit fois la lésion parfaitement nette; trois fois elle était peu marquée; enfin dans l'un des cas elle n'a pu être reconnue.

« Quant à la nature intime de cette lésion, l'examen microscopique, dit-il, a révélé l'existence d'une prolifération des éléments du tissu conjonctif, des corps amyloïdes, un état congestif et athéromateux des capillaires, en un mot des éléments constitutifs de la sclérose. »

Il ajoute plus loin qu'il n'a pu reconnaître cette altération chez des malades qui avaient succombé à des affections diverses autres que la paralysie générale.

M. Regnard a recherché si l'induration de la substance blanche superficielle des circonvolutions avait été signalée par les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale et il a reconnu qu'aucun d'eux n'en avait fait mention. Ce qu'on a indiqué c'est l'induration plus ou moins générale du cerveau sans spécifier aucun siège en particulier. D'après M. Delaye, cependant, elle porterait surtout sur les pédoncules et la protubérance.

Le mémoire de M. Regnard se termine par les conclusions suivantes :

« 1° Il existe dans la paralysie générale une altération caractérisée par l'induration superficielle de la substance blanche des lobes antérieurs du cerveau;

2° Cette altération existe dès la première période de la maladie;

3° Elle paraît être d'autant plus marquée que la consistance de la pulpe cérébrale se rapproche davantage de l'état normal. »

En 1884, M. le docteur Tuczek a publié un mémoire consacré à l'anatomie pathologique de la paralysie générale et dont le second chapitre a pour titre : *Dégénérescence (sclérose) de la lisière de la substance blanche dans certaines parties de l'écorce cérébrale dans la démence paralytique.*

M. Tuczek a publié six observations et le résultat général de ces six cas consiste, dit-il, en une altération de lobes antérieurs dans lesquels on constate « *une espèce de sclérose sous-corticale* ».

Il ajoute que le processus n'atteint jamais l'écorce et qu'il est rare de le voir pénétrer plus profondément dans la lisière de la substance blanche ; le plus souvent il est *strictement borné à la couche sous-corticale des fibres transverses* (fibres d'association de Meynert, fibres arquées de Gratiolet).

Cependant la couche dégénérée s'élargit à certains endroits en un foyer qui s'étend à la substance blanche. Parfois même, aussi, *la sclérose pouvait être suivie dans ses poussées vers la substance blanche jusqu'à un centimètre de profondeur.*

Au point de vue histologique, le processus, pour M. Tuczek, était caractérisé par une atrophie notable ou complète des fibres nerveuses, et par une prolifération du tissu interstitiel avec un développement abondant d'énormes cellules araignées. Il rappelle d'ailleurs que « *ce sont sur-*

tout les couches extérieures de la substance blanche qui subissent la sclérose » et que les cellules araignées sont les plus nombreuses à la limite de l'écorce et de la substance blanche.

Il est inutile de faire remarquer que les recherches microscopiques de M. Tuczek sur la *sclérose sous-corticale* des circonvolutions du cerveau ont ici un grand intérêt. Elles viennent, en effet, à l'appui du fait que j'ai signalé depuis longtemps et qui est l'objet de ce travail savoir :

Que l'induration de la couche superficielle de la substance blanche des circonvolutions est une lésion très fréquente de la paralysie générale.

III

SUR UNE

ALTÉRATION DU CERVEAU

CARACTÉRISÉE

PAR LA SÉPARATION DE LA SUBSTANCE GRISE

ET DE LA SUBSTANCE BLANCHE DES CIRCONVOLUTIONS

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE (1)

On sait que les adhérences des méninges aux circonvolutions du cerveau sont l'une des lésions anatomiques les plus constantes de la paralysie générale.

Quand on essaie de détacher la pie-mère on entraîne avec elle une couche plus ou moins épaisse de substance grise, et on a alors sous les yeux des espèces d'ulcérations à fond inégal et comme mamelonné.

Un fait très remarquable et pour lequel on a proposé diverses explications, c'est que ces espèces d'ulcérations produites par l'enlèvement des membranes n'existent que sur le relief des circonvolutions.

On ne les voit *jamais* dans les anfractuosités.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1882, tome VII ; et 1855, tome I.

L'altération qui fait l'objet de cette note est très différente et je ne puis mieux la faire connaître qu'en citant de courts extraits des observations que j'ai recueillies.

Voici comment cette altération est décrite dans la première observation.

« A la partie antérieure et supérieure, les membranes enlevèrent *d'une seule pièce tout un groupe de circonvolutions qui s'était séparé nettement de la substance blanche*. En examinant cette pièce par sa face interne, j'avais sous les yeux *de véritables circonvolutions, mais dont le sommet était formé par le fond des anfractuosités. Ces circonvolutions renversées étaient à leur sommet, lisses et d'un blanc bleuâtre.* »

Dans la seconde observation la lésion bornée au lobe postérieur offre les mêmes caractères : « En enlevant les membranes, on entraîne avec elles la couche corticale *tout entière et on met à nu la substance blanche ferme, lisse, d'un beau blanc et offrant intacts les prolongements fibreux et les anfractuosités. On décortique ainsi toute la partie postérieure du lobe*. La couche corticale qui reste adhérente à la membrane est extrêmement mince; cependant elle conserve *la forme des circonvolutions et apparaît comme une sorte de circonvolution renversée. On peut ensuite la réappliquer sur la substance blanche avec laquelle toute adhérence avait cessé.* »

Dans le troisième fait, la lésion est simplement signalée : « Sur l'un des lobes postérieurs, la couche corticale s'enlève *tout entière d'une seule pièce laissant à nu la substance blanche très ferme.* »

Dans un quatrième cas que je n'ai fait qu'indiquer, l'altération n'était encore qu'à son premier degré. On voyait entre la substance grise et la substance blanche une ligne très nette et beaucoup plus marquée que dans l'état nor-

mal. L'enlèvement des membranes n'avait pas produit la décortication. La lésion commençante n'a donc été constatée dans ce cas que par l'examen direct et après l'incision des circonvolutions. Il a suffi alors de mettre la pièce sous l'eau pour rendre très évident l'isolement des deux substances.

Je dois d'ailleurs ajouter que dans les autres cas l'altération n'existait pas partout au même degré. Quand la séparation est complète et que la couche corticale est très amincie, il y a entre elle et la substance blanche une véritable cavité; et si on met la pièce dans l'eau, la couche corticale est soulevée. Sur un autre point, la circonvoluparaît saine, et il y a *simplement une ligne très marquée de séparation avec isolement des deux substances.*

Cette lésion, quand elle est au premier degré, doit facilement passer inaperçue.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'elle n'ait pas été mentionnée par les auteurs qui ont décrit les lésions anatomiques de la paralysie générale.

Je n'en ai trouvé aucun exemple dans le recueil d'observations de Parchappe, mais il y en a deux dans le traité des maladies inflammatoires du cerveau de M. Calmeil (1). La description de l'altération est si précise qu'aucun doute n'est possible.

« Lorsqu'on cherche à enlever la pie-mère sur toute la surface supérieure du lobule postérieur droit, dit M. Calmeil, la substance corticale de ce lobule se *sépare tout entière des saillies qui lui servent de supports et elle*

(1) Ce n'est pas que Parchappe n'ait vu quelquefois les membranes adhérentes enlever la couche corticale dans *toute son épaisseur*, mais il ne donne aucuns détails. Quand la décortication se fait comme dans les cas indiqués ici, l'aspect de la lésion est si remarquable qu'il me semble difficile d'admettre que Parchappe n'en eût pas été frappé et qu'il ne l'eût pas décrite.

laisse alors à découvert une foule d'arêtes séparées par autant d'enfoncements qui correspondent aux circonvolutions et aux anfractuosités de la substance blanche : *cette dernière substance est dure, amincie, difficile à diviser, tandis que l'élément cortical est mou, imprégné de sang, facile à écraser.* »

Les passages que j'ai soulignés sont, comme on le voit, très précis et il s'agit bien de la lésion dont j'avais publié un premier exemple en 1855.

Quant à la seconde observation que j'ai trouvée dans l'ouvrage de M. Calmeil, la description de la lésion est moins complète, mais l'auteur emploie une expression qui ne laisse aucun doute.

« La pie-mère, dit-il, se brise sous les dents de la pince qui cherche à la saisir, elle est donc difficile à enlever.

« Elle a contracté des adhérences à gauche sur le côté de la scissure interlobaire et en avant ; là, la *substance corticale se sépare comme une virole de la substance blanche, de sorte qu'elle est détachée par l'inflammation des parties qu'elle est destinée à recouvrir.* »

L'expression de *virole*, employée par l'auteur, suffit pour ne laisser aucun doute sur l'identité de l'altération dans les deux cas.

Ces extraits suffisent pour bien faire comprendre en quoi consiste la lésion qui fait l'objet de cette note ; cette lésion, comme on l'a vu en effet, diffère complètement des adhérences ordinaires qu'on trouve dans la paralysie générale :

1° Au lieu de n'enlever qu'une couche plus ou moins épaisse de substance grise, les membranes entraînent cette couche dans toute son épaisseur.

2° Au lieu d'une espèce d'ulcération à fond inégal et

comme mamelonné, on a sous les yeux, après l'enlèvement des membranes, la substance blanche, ferme et lisse.

3° Enfin, et c'est là le point le plus important, la décortication s'est faite aussi nettement dans le *fond des anfractuosités, là où il n'y a pas d'adhérences, que sur le relief des circonvolutions.*

Dans les adhérences ordinaires de la paralysie générale, les membranes n'enlèvent qu'une partie de substance grise; ici, elle entraîne la couche corticale tout entière.

Ce fait ne peut s'expliquer que par l'isolement complet des deux substances qui n'étaient plus que juxtaposées. L'adhérence sur le relief de la circonvolution suffit alors pour entraîner cette circonvolution tout entière. On peut d'ailleurs, même avant l'enlèvement des membranes, sentir que l'écorce cérébrale est détachée de la partie sous-jacente; elle glisse en effet sur elle, ce qui prouve son isolement complet. C'est ce que M. Calmeil a très bien indiqué :

« La substance corticale des deux lobes postérieurs a offert, dit-il, cette particularité qu'elle *ne tenait plus par aucun lien à la charpente de la substance blanche qui lui sert de support.* »

Quelle est la nature du travail pathologique qui s'opère ainsi lentement au point d'union des deux substances? Il me paraît difficile de répondre à cette question.

Cependant il importe sous ce rapport de faire ressortir quelques faits.

Sur les cinq observations qui ont servi de base à cette note, il y en a trois qui contiennent des détails précis sur la consistance des deux substances.

Or, dans les trois cas, la substance grise a été trouvée *molle* ou *très molle*.

La substance blanche au contraire *ferme* ou *très ferme*, ou *même très indurée*.

En même temps que l'une des substances se ramollit et que l'autre s'indure, toutes les deux s'atrophient.

N'est-il pas évident qu'il y a là des conditions très propres à faciliter l'isolement des deux substances?

On sait que sur le cerveau des aliénés paralytiques on peut très souvent, surtout sur les lobes antérieurs, en grattant ces lobes avec le dos d'un scalpel, enlever toute la substance grise sans entamer la substance blanche plus ou moins indurée. Il y a loin de là sans doute à l'isolement complet des deux substances, tel qu'il s'est présenté dans les observations citées plus haut; mais on comprend néanmoins que ces faits méritent d'être rapprochés.

Il convient encore, pour essayer de faire comprendre l'altération que j'ai signalée, de rappeler quelques particularités se rapportant au mode d'union des deux substances.

Plusieurs anatomistes ont admis que la couche corticale n'était que juxtaposée sur la substance blanche (Reil, Tiedemann).

Ruisch a même prétendu qu'il avait pu, sur le cerveau d'un enfant, enlever toute la substance grise sans intéresser la substance blanche.

Cependant, s'il est vrai que des fibres blanches pénètrent dans l'épaisseur de la substance grise, il est certain que ce mode d'union n'existe plus au même degré dans le fond des anfractuosités. Il est facile, en effet, de constater que la ligne de démarcation y est beaucoup plus nette.

Sur le cerveau du mouton, on peut même dans le fond des anfractuosités séparer les deux substances sans rupture apparente.

Je crois encore devoir rappeler un fait qui pourra peut-être aider plus tard à éclairer la question.

On admet généralement que la substance corticale est composée de six couches alternativement blanches et grises; mais deux anatomistes, Foville père et Gratiolet, en ont décrit une septième. Cette couche, la plus interne, serait blanche. D'après Foville, elle suivrait en dedans les contours de la substance grise comme la pie-mère les suit en dehors.

Cette septième couche blanche envoie-t-elle des fibres dans la substance grise? Quel est son mode d'union avec la substance blanche? Quelles altérations subit-elle lorsque la séparation des deux substances se produit? Tous ces points ne pourront être éclairés que par de nouvelles recherches.

Dans ma première observation, la substance grise qui s'était séparée nettement de la substance blanche était, en effet, doublée d'une couche très mince de substance blanche. Cette couche était lisse, polie et recevait de la substance grise sous-jacente un reflet bleuâtre. C'était évidemment la septième couche qu'ont admise Foville et Gratiolet et qui, pour eux, compléterait l'appareil de la substance corticale.

Dans les autres observations que j'ai recueillies et dans celles qu'on trouve dans l'ouvrage de Calmeil, on ne paraît pas avoir pensé à constater l'existence de cette couche blanche interne, il n'en est pas fait mention.

Il resterait à examiner si l'altération que j'ai décrite se traduit par quelques symptômes spéciaux, mais l'étude des observations offre sous ce rapport assez peu d'intérêt.

Dans tous les cas, les malades étaient atteints de paralysie générale et la seule particularité qu'il importe de noter, c'est que trois malades avait une prédominance de la paralysie du côté opposé à l'altération. Chez un quatrième, cette prédominance de la paralysie d'un côté du corps n'existait

pas, mais l'altération avait été constatée sur les deux lobes postérieurs.

Tous les malades ont été atteints d'attaques épileptiformes, mais on sait combien cette complication est fréquente dans le cours de la paralysie générale.

Quant au siège de la lésion, on l'a observée trois fois sur les lobes postérieurs.

Dans un quatrième cas, elle occupait la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère gauche.

Dans le cinquième, la décortication s'est faite à gauche sur le côté de la scissure interlobaire et en avant.

L'altération signalée dans ce travail a été étudiée depuis par M. Rey, qui a publié sur ce sujet un intéressant mémoire dans les *Annales médico-psychologiques* de 1882. Ce mémoire contient six observations dans lesquelles la lésion existait à des degrés différents.

Dans un cas, dit M. Rey, « des coupes perpendiculaires montrent dans la région profonde de la substance grise, une *ligne presque noire où la substance cérébrale est plus ramollie que dans les régions sus et sous-jacentes.* »

Le ramollissement signalé ici à la jonction de la substance grise et de la substance blanche explique comment se fait la séparation de ces deux substances.

Dans une autre observation, toute la substance grise paraît s'être enlevée avec les membranes sur la deuxième circonvolution frontale gauche. « La circonvolution et l'anfractuosité correspondante semblent réduites à la substance blanche.

« Les deux surfaces de séparation sont parfaitement lisses; du côté de la circonvolution, la surface est d'une teinte blanc grisâtre, l'autre est plus foncée. Ces deux parties ainsi séparées peuvent être parfaitement juxtaposées.

« Sur plusieurs autres points, un filet d'eau entraîne faci-

lement la substance grise du sommet des circonvolutions et *décolle* la couche corticale dans les parties déclives et dans le fond des anfractuosités.

« Chacune de ces observations que j'ai recueillies, dit M. Rey, offre un exemple des différents aspects que peut présenter l'altération qui nous occupe et qui ne sont évidemment que les degrés du même fait anatomopathologique. Quand la lésion est complète, il semble que la séparation s'opère entre la substance grise et la substance blanche des circonvolutions; la surface mise à nu est, en effet, parfaitement lisse, consistante et à peu près blanche. Cependant, nous avons voulu nous assurer s'il ne restait plus là trace de la couche corticale. Or, en coupant perpendiculairement des circonvolutions en un point où l'altération présente le plus de netteté, et en examinant les surfaces de section avec une loupe, on distingue encore une zone très mince de substance grise. De plus, M. le professeur Mathias Duval, avec une complaisance dont nous lui sommes reconnaissant, a bien voulu faire quelques préparations microscopiques de ces mêmes pièces. L'examen de ces coupes nous a montré les éléments de substance grise, avec les modifications propres à la paralysie générale. Le bord libre qui, à l'œil nu, paraît lisse et uni, est réellement, très irrégulier, hérissé de vaisseaux qui, sur ce point, se montrent très nombreux. »

L'auteur, à la fin de son travail, ajoute qu'il a examiné quinze cerveaux de paralytiques qui tous à des degrés différents ont présenté la même altération. Il a en outre « eu l'occasion d'examiner comparativement six cerveaux d'individus atteints d'affections mentales autres que la paralysie générale: délire chronique, épilepsie, démence sénile, démence apoplectique. Ces individus n'avaient présenté aucun symptôme de paralysie générale; ils ont succombé

les uns à des maladies intercurrentes, les autres à des attaques apoplectiques ».

« Sur aucun de ces cerveaux, ajoute M. Rey, nous n'avons rencontré les lésions habituelles de la paralysie générale et nous n'y avons pas trouvé trace de l'altération spéciale qui nous occupe. »

Il résulte du travail de M. Rey que quand la lésion est complète il semble en effet, comme il le dit, que la séparation s'opère entre la substance blanche et la substance grise des circonvolutions et que la surface mise à nu est parfaitement lisse.

L'examen microscopique démontre, il est vrai, qu'on peut constater encore sur la crête blanche des circonvolutions des éléments de substance grise, mais si peu abondants toutefois qu'on ne les voit point à l'œil nu. Il importe assurément de tenir compte de ce fait; mais, au fond, la question principale reste la même.

Il est donc démontré qu'il s'opère souvent dans le cerveau des aliénés paralytiques un travail pathologique spécial au point d'union de la substance grise et de la substance blanche. Quand la lésion est très avancée, la couche corticale s'enlève d'une seule pièce, mettant ainsi à nu la substance blanche dont la surface, comme le dit M. Rey, est parfaitement lisse.

Dans le précédent travail, j'ai cité les recherches de M. le Dr Tuczek sur la sclérose de la lisière de la substance blanche des circonvolutions. Ces mêmes recherches lui ont permis de reconnaître aussi la séparation des deux substances et de constater le lien qu'il y a entre ces deux altérations.

La sclérose de la lisière de la substance blanche des circonvolutions se reconnaît à une ligne plus marquée qui sépare l'écorce de la substance blanche. Or, dans les cas où

on observe la séparation des deux substances au premier degré, c'est par cette ligne distincte qu'on la reconnaît; il suffit alors de mettre la pièce sous l'eau pour la rendre plus apparente.

On comprend donc le rapprochement que M. Tuczek a établi entre les observations qu'il faisait et celles que j'avais consignées dans mon travail de 1882.

« J'avais déjà supposé auparavant, dit-il, que M. Baillarger avait dû constater quelque chose d'analogue dans les cas où la séparation des deux substances n'était encore accusée que par une simple ligne.

« Cette supposition est devenue une certitude dans mes observations V et VI, où, en effet, l'écorce amincie, à la base du lobe frontal suivait totalement le revêtement de la pie-mère, de sorte qu'il ne restait que la substance blanche. Le tableau donné par M. Baillarger concorde exactement avec mes recherches. »

En résumé, chez un certain nombre d'aliénés paralytiques, il s'opère, dans la partie la plus profonde de la substance grise à son point d'union avec la substance blanche, un travail pathologique spécial qui, quand il est très avancé, paraît produire la séparation complète des deux substances. Dans ce cas, les membranes adhérentes semblent enlever la couche corticale tout entière.

Dans les cas plus nombreux où le travail est moins avancé, on peut constater entre les deux substances une ligne plus nette et les séparer l'une de l'autre dans une certaine étendue par un filet d'eau. Cette séparation des deux substances peut s'expliquer par un double travail de nature différente qui s'opère dans les deux substances.

D'une part, en effet, se produit l'induration de la substance blanche superficielle, *sclérose de la lisière de la sub-*

stance blanche (Tuczek), et, d'autre part, le ramollissement de la partie la plus profonde de la substance grise.

Observation I

Paralysie générale à forme anormale.

Séparation complète des deux substances du cerveau sur le lobe postérieur droit.

Sommaire. — Affaiblissement de la mémoire à la suite de couches. — Désordres des actes. — Amélioration. — Rechute. — Mélancolie avec stupeur pendant une nouvelle grossesse. — Grincements de dents. — Insensibilité pendant l'accouchement. — Attaques épileptiformes quelques jours après. — Paralysie du côté gauche survenant graduellement et persistant jusqu'à la mort. — *Autopsie :* Séparation des deux substances et atrophie très grande de la substance grise sur le lobe postérieur droit. — Atrophie de tout l'hémisphère du même côté. — *Adhérences des membranes à la couche corticale.*

La nommée L..., âgée de vingt-neuf ans, a commencé à offrir un peu d'affaiblissement de la mémoire à la fin de l'année 1855, après son septième accouchement. C'était une femme très peu intelligente, et l'un de ses oncles maternels avait offert des signes d'aliénation. Elle a perdu tous ses enfants avant l'âge de deux mois.

En 1856, nouvelle grossesse pendant laquelle les signes d'affaiblissement de la mémoire persistent. De temps en temps, L... errait çà et là sans but; elle mangeait tout ce qui lui tombait sous la main, mâchait du charbon, etc. Elle achète des objets qu'elle ne peut payer, et, entre autres, seize paires de bas à la fois.

Mars 1857. — L... accouche et donne, après son accouchement, des signes plus tranchés de délire.

14 avril. — Elle entre à la Salpêtrière, et l'on constate chez elle beaucoup d'incohérence et une agitation assez vive.

19 avril. — La malade est plus calme, elle travaille et se plaint seulement de ne pas dormir. Elle raconte elle-

même que sa tête est un peu dérangée par moments depuis plus de dix-huit mois, une fois entre autres, dit-elle, il m'est arrivé de faire un pot-au-feu avec des harengs saurs.

25 mai. — Le mieux a continué, et la femme L... est rendue à son mari. Elle conservait toujours un peu de faiblesse de la mémoire. On n'avait d'ailleurs noté aucune lésion des mouvements ; les pupilles étaient égales et la sensibilité générale intacte.

15 mai 1858. — L... rentre à la Salpêtrière, elle est grosse de six mois. Symptômes de mélancolie avec stupeur, les yeux sont largement ouverts, la physionomie triste, inquiétudes vagues, réponses lentes, courtes; insomnie, constipation.

20 juillet 1858. — La malade a continué à être dans la stupeur. Plusieurs fois elle a refusé de manger; immobilité, mutisme. Ce matin, on note un symptôme grave, L... *grince des dents* et produit le bruit qu'on note assez souvent dans la démence paralytique.

24 août 1858. — L... est accouchée ce matin, à neuf heures du matin. Les filles de service qui allaient et venaient dans la salle ne se sont aperçues de rien. La malade n'a pas laissé échapper une plainte. L'attention n'a été éveillée que par les cris du nouveau-né. Celui-ci a été trouvé dans le lit, et, quelques instants plus tard, il aurait pu être étouffé. On l'a remis à sa mère, qui, dès ce moment, s'est montrée pleine de tendresse pour lui; en même temps, elle recouvre la parole. La figure est calme, il reste un peu d'embarras dans les idées.

26 août. — L... est retombée dans la stupeur.

27 août. — On lui enlève son enfant sans qu'elle s'en préoccupe; mutisme complet; elle gâte.

29 août. — L... a eu hier soir plusieurs attaques épileptiformes. Ce matin, il reste seulement quelques légers mouvements convulsifs dans les muscles de la face; stupeur, mutisme.

8 septembre. — Depuis huit jours, L... s'est agitée, elle crie, on observe des alternatives d'agitation et de stupeur, elle refuse quelquefois de manger; d'ailleurs, aucun embarras de la parole; par moments, réponses très justes; sommeil excellent.

14 septembre. — L... allait mieux, elle était plus calme, se levait un peu. Aujourd'hui, convulsions du membre supérieur gauche, les doigts sont fortement fléchis; mouvements convulsifs des muscles de la face.

21 septembre. — Le bras gauche et la jambe du même côté sont un peu contracturés, légers soubresauts des tendons, aucun embarras de la parole.

29 septembre. — Plusieurs accès hystériformes.

30 septembre. — Légères convulsions dans tout le côté droit; pas d'embarras de parole; aucune conception délirante; la malade gâte.

6 octobre. — Les mouvements convulsifs ont cessé; ils avaient continué depuis six jours, mais par intervalles seulement. La malade était calme et répondait aux questions qu'on lui faisait.

L'hiver s'est assez bien passé. L... marchait un peu, soutenue par une fille de service. Elle traînait la jambe gauche et ne pouvait se servir de son bras gauche. Affaiblissement de l'intelligence, mais toujours peu marqué.

Avril 1859. — La paralysie du côté gauche a diminué.

Juillet. — L... porte son bras gauche à la tête, mais ne peut guère se servir de sa main. Il faut toujours la soutenir pour aller de son fauteuil à son lit.

Novembre. — La malade se sert un peu de la main gauche et s'occupe à faire de la charpie. La parole, libre jusqu'ici, paraît parfois un peu gênée. L'intelligence semble plus nette. L... raconte que, dans son état de stupeur, elle avait d'affreux cauchemars et des idées de suicide.

Novembre 1860. — Depuis un an, aucun changement très notable; la malade porte toujours son bras gauche à sa tête, mais ne peut se servir de sa main; elle traîne la jambe gauche et a besoin d'être soutenue pour marcher. Même état de l'intelligence.

Janvier 1861. — Depuis quelque temps, tendance hypochondriaque et mélancolique. L... se plaint sans cesse de douleurs dans diverses parties du corps; elle demande des médicaments, des purgatifs. Parfois, elle respire bruyamment, la bouche largement ouverte, comme si l'air lui manquait; ces spasmes cessent quand on détourne l'attention de la malade. Souvent elle refuse de manger. Elle a des idées noires, désire et appelle la mort. Elle prétend parfois avoir devant les yeux comme des tourbillons de petites bêtes noires. Il y a des alternatives de stupeur avec mutisme complet, et d'agitation avec cris, méchanceté, injures. Souvent ces alternatives ont lieu régulièrement de deux jours l'un. La malade s'affaiblit, sa figure s'altère.

23 février. — Grincements de dents très forts. Souvent regard fixe; immobilité complète. On est obligé de laisser la malade au lit. Toujours des alternatives de stupeur et d'agitation. Un jour, L... reste dans l'immobilité et refuse de manger; le lendemain, elle mange bien et s'agite. Souvent la face est très congestionnée, les yeux injectés. La faiblesse augmente.

Avril. — Le bras gauche est complètement paralysé. L'intelligence semble s'effacer, on n'obtient plus que des mots décousus; la malade ne paraît pas comprendre les questions.

Juin. — Les symptômes s'aggravent; figure très altérée, maigreur; commencement d'eschares au siège; mots entrecoupés, parole brève, sans tremblement des lèvres; pleurs fréquents; sensibilité nulle à gauche, persistante à droite. Mort.

Autopsie.

L'hémisphère droit pèse 90 grammes de moins que le gauche. On recueille 200 grammes de sérosité contenue dans la cavité de l'arachnoïde, dans les mailles de la pie-mère et dans les ventricules.

Hémisphère droit. — La simple inspection suffit pour faire reconnaître que cet hémisphère est moins volumineux que le gauche.

Le feuillet viscéral de l'arachnoïde n'est point opaque; la pie-mère est infiltrée, et les intervalles des circonvolutions agrandis sont remplis de sérosité. D'ailleurs, peu d'injection, pas de rougeur. L'enlèvement de la pie-mère fait reconnaître quelques adhérences peu étendues, six ou sept sur la convexité de l'hémisphère. A la base, adhérence profonde et large sur la circonvolution de l'hippocampe. Les circonvolutions apparaissent petites, atrophiées, surtout en avant et sur le lobe postérieur. Ce lobe est affaissé et mou, et, en le touchant, on soupçonne qu'il doit contenir une large cavité. En enlevant les membranes, on enlève avec elles la couche corticale tout entière, et on met à nu la substance blanche, ferme, lisse, d'un beau blanc, offrant intacts les prolongements fibreux et les anfractuosités. La couche corticale qui reste adhérente à la membrane est extrêmement mince, très molle ; cependant, en abandonnant les anfractuosités de la substance blanche, elle conserve la forme des circonvolutions et apparaît comme une sorte de circonvolution renversée. On décortique ainsi toute la partie postérieure du lobe, et on peut ensuite réappliquer la substance grise sur la substance blanche, avec laquelle toute adhérence avait cessé. Ailleurs, la substance grise est mince, pâle, un peu molle, se séparant par le grattage, de la substance blanche, qui reste intacte, surtout en avant.

Cette substance blanche n'est pas injectée, mais d'un beau blanc. Le ventricule est peu dilaté.

Hémisphère gauche. — Les membranes sont plus injectées, mais minces. Adhérences nombreuses, mais légères, superficielles de la pie-mère à la couche corticale, sur le lobe postérieur, sur la circonvolution de l'hippocampe. Substance grise mince, non colorée, plus ferme qu'à droite, se séparant aussi par le grattage de la substance blanche, dont les prolongements restent intacts. Ventricule peu dilaté. La protubérance, le bulbe rachidien et le cervelet n'offrent rien de remarquable. Le cœur est très petit, les poumons sains. Rien à noter dans les viscères de l'abdomen. Vessie dilatée et pleine d'urine.

Le diagnostic de cette affection était fort obscur. L'embarras de parole, pendant plus de cinq ans qu'a duré la maladie, n'a jamais été tranché. Dans les derniers mois de la vie, on ne l'a pas noté. La parole était brève, mais sans tremblement des lèvres. Quant aux délires spéciaux, on ne trouve que la tendance aux achats manifestée momentanément au début, et, plus tard, des symptômes d'hypochondrie. Pour l'autopsie, il convient ici, je crois, de tenir grand compte des adhérences des membranes.

Cette observation est surtout curieuse par la séparation complète qui s'était effectuée entre les deux substances sur le lobe postérieur droit. Dans un cas, j'ai vu cette singulière altération préexister à la perte de consistance de la substance grise. Les deux substances étaient alors séparées par une simple ligne. Il a suffi de l'insufflation pour opérer la séparation complète. C'était le premier degré de l'altération. Dans le cas actuel, cette altération était, au contraire, déjà très avancée.

On doit aussi faire remarquer, dans ce fait, la différence de poids des hémisphères, qui était de 90 grammes.

Observation II

Paralysie générale.

Isolement complet des deux substances sur l'un des lobes postérieurs.

Sommaire. — Quarante-deux ans. — Affaiblissement de la mémoire. — Embarras de la parole. — Faiblesse progressive des membres. Pendant les six derniers mois, paralysie complète du bras droit. — Attaque convulsive, longue durée de la dernière période; mort après plus de trois ans. — Sur l'un des lobes postérieurs, séparation complète de la couche corticale de la substance blanche.

La nommée Adèle, âgée de quarante-deux ans, arrêtée en état de vagabondage, a été conduite à la Salpêtrière le 12 juillet 1856. C'est une femme d'une taille assez élevée et d'une forte constitution. Son frère donne sur elle les renseignements suivants :

L'apparition des premiers symptômes remonte à un an ; à cette époque, on constata d'abord un affaiblissement graduel de la mémoire. La malade oubliait à chaque instant où elle plaçait les objets à son usage. Bientôt il lui arriva de se perdre dans les rues. Tout récemment, elle a déménagé et, le lendemain, elle est retournée à son ancien logement, ayant oublié qu'elle en avait pris un nouveau.

Dernièrement, n'ayant plus conscience de ses actes, elle a suivi chez lui un homme qu'elle n'avait jamais vu. Il y a plus de six mois qu'on a remarqué de l'embarras dans la prononciation; point d'agitation ni de conceptions délirantes. Ce qui domine chez cette femme, c'est une sorte d'hébétude.

Les causes de la maladie sont d'ailleurs inconnues ; aucun parent n'a été atteint d'aliénation mentale : on croit qu'il n'y a eu jusqu'ici aucun désordre dans la menstruation.

A l'entrée à l'hospice, embarras très prononcé de la

parole, signes évidents de démence; la physionomie a une expression de satisfaction.

Au bout de trois mois, les symptômes s'étaient déjà beaucoup aggravés. Tremblement général des membres, démarche chancelante; la malade est gâteuse.

Au mois de novembre 1857, la station est devenue impossible, la malade est forcée de garder le lit. La physionomie exprime le contentement, intelligence extrêmement affaiblie. Chose remarquable, la troisième période se prolongea presqu'une année, jusqu'au 21 septembre 1858. Cette femme passa par tous les degrés du marasme paralytique : contracture des membres inférieurs; maigreur croissante; eschares nombreuses précédées de phlyctènes remplies de sérosité brune. Nous ne trouvons à signaler, dans le cours de cette année dernière, qu'une attaque convulsive qui eut lieu le 20 mai 1858 et qui dura plusieurs heures. Il est important aussi de noter que, depuis le mois de mars 1858, le bras droit était complètement paralysé.

Autopsie.

L'arachnoïde viscérale est épaissie et opaque, la pie-mère est injectée et ses vaisseaux dilatés; des adhérences existent dans beaucoup de points entre les membranes et la couche corticale. *Sur l'un des lobes postérieurs, la couche corticale s'élève tout entière d'une seule pièce, laissant à nu la substance blanche très ferme. Les circonvolutions sont atrophiées; la substance grise amincie, molle et décolorée.*

La substance blanche contient beaucoup de vaisseaux, mais peu de sang. Ventricules extrêmement dilatés.

Les deux hémisphères pèsent 800 grammes; le cervelet, la protubérance et le bulbe, 155 grammes; sérosité, 240 grammes.

Un kyste bilobé existait à la surface du foie.

En dehors de la lésion anatomique qui fait l'objet de cette note, je crois devoir faire remarquer que cette observation est un exemple de *démence paralytique primitive et simple*, comme on en observe fréquemment, surtout chez les femmes.

La malade, pendant une année, n'a pas offert d'autres symptômes que des signes de démence et de paralysie. L'absence de conceptions délirantes, de toute exaltation, explique comment cette femme a pu rester libre pendant une année.

Il importe aussi de noter que, chez une femme de taille élevée, le cerveau ne pesait que 800 grammes et qu'il y avait 240 grammes de sérosité, ce qui prouve que l'atrophie était très prononcée.

Ce degré si prononcé d'atrophie s'explique par la lenteur avec laquelle la maladie a parcouru ses périodes; comme on l'a vu, cette femme a passé par tous les degrés du marasme paralytique.

Observation III

Paralysie générale.

Séparation complète des deux substances.

C... (J.-B.), cinquante-six ans, entrée le 26 avril 1859.

Comme antécédents, mère adonnée à l'ivrognerie; son grand-père s'est jeté à l'eau après avoir commis un meurtre.

Quant à elle, excès de boissons et de débauches, fille publique. Elle est entrée une première fois à la Salpêtrière en juillet 1857, atteinte de *folie alcoolique*.

Dès le mois de février 1861, on constate tous les signes de la paralysie générale: *embarras de la parole*, inégalité des pupilles, perte des facultés, pas de délire spécial.

Morte dans le coma, le 11 mars 1864.

(1) Cette observation a été recueillie dans mon service par M. Regnard et publiée dans son mémoire de 1865, p. 37.

Durée : cinq ans environ.

Autopsie.

Poids de l'hémisphère droit	420 gr.
— — gauche	400
Cervelet, isthme	130
Encéphale	950
Sérosité	150

Membranes légèrement hypérémiées avec suffusions opalines. Circonvolutions agglutinées et comme disparues. Adhérences générales et non interrompues sur toute la surface des hémisphères.

En cherchant à dépouiller les lobes antérieurs, nous avons vu la substance grise *s'enlever complètement avec les membranes*, de manière à laisser à nu la substance blanche; les crêtes sont affaissées et manquent par places. La substance grise est d'ailleurs cohérente et montre à sa face profonde les saillies correspondantes aux anfractuosités de la surface, et réciproquement. A part cette induration superficielle, la *substance blanche* est ramollie profondément.

Observation IV

Sommaire : Femme de trente-sept ans. — Embarras de la parole. — Délire des grandeurs. — Démence. — Après dix-huit mois, hemiplégie droite. — Séparation complète des deux substances à la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère gauche. — (Voir tome I, page 666.)

J'ai dit que la séparation complète des deux substances était une lésion rare, je dois cependant rappeler que les quatre observations recueillies dans mon service l'ont été dans les seules années 1855, 1856, 1858 et 1859.

Les cas où la lésion n'a lieu que dans une petite étendue ou n'est encore qu'au premier degré, doivent au contraire, je crois, se rencontrer assez souvent. C'est ce que prouvent les faits cités par M. Rey (1).

(1) Voir l'observation I du mémoire suivant, page 187.

IV

DE LA CAUSE ANATOMIQUE

DE

QUELQUES HÉMIPLÉGIES INCOMPLÈTES

OBSERVÉES CHEZ LES DÉMENTS PARALYTIQUES

Mémoire lu à l'Académie de médecine (1858).

« Il est bien des cas de paralysie générale des aliénés où la lésion des mouvements est plus profonde à droite qu'à gauche; mais ces cas font exception, ils doivent fixer l'attention. La prédominance de la paralysie générale indique qu'il existe dans l'hémisphère opposé quelque chose de particulier n'existant pas dans l'autre hémisphère ; il faut faire des efforts pour savoir en quoi consiste ce quelque chose. »

M. Calmeil.

La pathologie du cerveau, malgré les progrès considérables qui ont été réalisés, présente encore bien des faits inexpliqués, et quelquefois, on le sait, des exceptions aux règles en apparence les mieux établies.

C'est dans les fonctions si compliquées et si diverses de l'organe encéphalique qu'il faut chercher la cause des difficultés nombreuses que tous les auteurs ont signalées. — Les faits sur lesquels je viens appeler l'attention, sans avoir assurément une grande importance, me semblent cependant destinés à combler une des lacunes dont je viens de parler.

On observe assez souvent, chez les déments paralytiques, des hémiplégies incomplètes, qui commencent par être passagères, mais finissent par devenir permanentes. C'est

un fait qui n'avait pas échappé à Esquirol et à Georget, et qu'on trouve dans les descriptions, très incomplètes d'ailleurs, qu'ils ont données de la paralysie générale. Esquirol a même indiqué de quel côté, suivant lui, s'observent le plus souvent ces hémiplégies ; il prétend que c'est à gauche.

Chez les déments paralytiques, les hémiplégies peuvent dans quelques cas rares être expliquées, après la mort, par les lésions ordinaires, hémorrhagie, ramollissement, etc. Mais dans d'autres, et je crois que c'est le plus grand nombre, on ne trouve aucune altération locale à laquelle on puisse les rattacher. C'est de ces dernières seulement qu'il sera ici question.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale en ont observé des exemples. On en trouve, entre autres, dans les ouvrages de MM. Bayle, Calmeil, Parchappe ; j'en ai moi-même recueilli un certain nombre de cas.

Il y a un an environ, un fait de ce genre s'étant encore présenté à moi, je crus devoir rechercher si la prédominance de la paralysie dans un côté du corps ne pourrait pas s'expliquer par la prédominance d'atrophie dans l'hémisphère opposé.

On sait, en effet, que l'atrophie congénitale de l'un des hémisphères cérébraux est toujours accompagnée d'hémiplégie; pourquoi n'en serait-il pas de même de l'atrophie partielle survenant accidentellement?

Cette atrophie de l'un des hémisphères pouvant n'être pas assez considérable pour être appréciée par la simple inspection du cerveau, il fallait recourir à la balance. J'ai donc séparé avec soin les deux hémisphères pour les peser séparément.

Le premier fait a confirmé l'idée théorique que je viens

d'émettre : l'hémisphère opposé à la paralysie s'est trouvé plus léger d'environ 40 grammes.

Depuis lors, sept cas semblables ont été recueillis, et toujours l'hémisphère opposé à l'hémiplégie a présenté une différence très notable de poids.

Cette différence a varié entre 20 et 62 grammes ; dans les derniers cas, j'ai pu annoncer à l'avance l'atrophie prédominante de l'un des hémisphères, et ma prévision a été justifiée.

Ainsi, les hémiplégies, qui, chez les déments paralytiques, ne se trouvent pas expliquées à l'autopsie par une lésion locale, le seraient par l'atrophie prédominante de l'hémisphère opposé.

Tel est le fait sur lequel j'ai cru devoir appeler l'attention, et qui n'avait point encore été signalé. Après l'avoir constaté, il reste à en rechercher les causes.

Pourquoi cette atrophie prédominante dans l'un des hémisphères ?

Comment se produit-elle ?

Telles sont les questions que je vais examiner.

Les observations d'hémiplégie que j'étudie ici peuvent, je crois, donner une explication très plausible de l'atrophie prédominante dans l'un des côtés du cerveau.

Les déments paralytiques, on le sait, sont sujets à de fréquentes congestions, qui précèdent souvent la maladie et se continuent pendant les diverses périodes qu'elle parcourt. Ces congestions n'offrent pas toutes le même caractère. Quelquefois elles amènent la résolution de tous les membres sans prédominance de paralysie d'un côté du corps ; mais, dans beaucoup de cas, il en est autrement ; la paralysie existe seulement à droite ou à gauche.

Ici, je ne m'appuierai pas seulement sur les observations que j'ai moi-même recueillies, j'invoquerai le témoignage

de deux auteurs justement estimés parmi ceux qui ont écrit sur la paralysie générale. Voici comment s'exprime M. Bayle, en parlant de la deuxième période de cette maladie : « Il survient assez souvent, dit-il, pendant son cours, des attaques apoplectiformes, dans lesquelles les malades perdent le sentiment et le mouvement d'une manière plus ou moins complète. Au bout de quelques heures ou d'un jour, la connaissance se rétablit.

« Il reste souvent une hémiplégie incomplète d'un des côtés du corps, qui ne tarde pas elle-même à se dissiper, à l'aide des moyens appropriés. »

On voit que M. Bayle a observé souvent ces congestions accompagnées et suivies d'hémiplégies incomplètes.

Il en est de même de M. Calmeil. Il n'est pas rare, dit-il, au fort de l'accès de congestion, de voir la lésion des mouvements prédominer à droite ou à gauche, suivant que la compression est plus intense vers l'hémisphère gauche ou vers le lobe droit du cerveau.

Cette prédominance de paralysie à droite ou à gauche ne peut en effet s'expliquer, comme le dit M. Calmeil, que par une compression plus forte sur l'un des hémisphères; et cette compression ne tient évidemment elle-même qu'à la prédominance de la congestion dans l'un des côtés du cerveau.

On voit donc qu'il y a très souvent, chez les déments paralytiques, des congestions qui prédominent dans l'un des hémisphères. Ce fait est admis par tous les auteurs, et, sans insister davantage sur ce point, il faut désormais distinguer deux ordres d'observations : ou bien les congestions prédominantes, en se renouvelant, portent tantôt sur l'un des hémisphères et tantôt sur l'autre; ou bien, au contraire, on les observe constamment du même côté.

Ce dernier cas se présente moins fréquemment que l'autre, mais il est cependant bien loin d'être rare.

On voit souvent des malades qui, après avoir eu une première hémiplégie passagère à gauche, en ont une seconde, puis une troisième toujours du même côté.

Dès lors, on prévoit l'explication de l'atrophie prédominante dans l'un des hémisphères. Elle se présentera chez ces malades qui ont eu antérieurement des congestions unilatérales, congestions qui se sont reproduites constamment sur le même hémisphère.

Au point de vue anatomique, la paralysie générale débute par une congestion et finit par une atrophie.

On comprend donc que, si la congestion prédomine à gauche ou à droite l'atrophie consécutive prédominera aussi du même côté.

Dans les observations dont je viens de parler, la congestion unilatérale nous est attestée par les symptômes d'hémiplégie, qui surviennent d'une manière brusque et se renouvellent plus ou moins fréquemment. Mais on admettra qu'il peut y avoir des faits d'une nature différente, dans lesquels la congestion se produit d'une manière plus ou moins lente, et principalement aussi sur l'un des hémisphères.

Les auteurs, en effet, ont admis deux sortes de congestions dans la paralysie générale : les unes lentes et permanentes, les autres brusques et instantanées. Ces deux espèces de congestions peuvent aussi se produire dans l'un des hémisphères seulement. Il suffira donc, dans quelques cas, de voir l'hémiplégie s'établir lentement, graduellement, chez un dément paralytique, pour admettre la congestion permanente de l'hémisphère opposé, et l'autopsie viendra révéler la prédominance d'atrophie comme conséquence de cette congestion.

Il me reste maintenant à examiner si l'atrophie plus grande d'un des hémisphères est bien réellement la cause de l'hémiplégie.

Quand les fonctions d'un organe s'affaiblissent et finissent par s'abolir, cet organe s'atrophie. La lésion des mouvements portant davantage sur l'un des côtés du corps, on concevrait donc l'atrophie prédominante dans l'hémisphère opposé, non comme cause, mais comme effet de la lésion des mouvements.

Je ne crois pas que cette explication puisse être admise ici, et voici les raisons qu'on en peut donner :

On ne doit pas rapporter l'atrophie à l'inactivité fonctionnelle, lorsque celle-ci, au lieu d'être primitive et de se manifester dans un organe sain, arrive comme dernière transformation de lésions successives antérieures. C'est une atrophie de ce genre qu'on observe dans les dernières périodes de la maladie de Bright. Or, il en est de même dans la paralysie générale. Le cerveau n'est point atrophié dans les premiers degrés de cette maladie ; il est plus ou moins fortement congestionné, comme le prouve la dilatation des vaisseaux.

Ces congestions provoquent des lésions de diverse nature, et c'est à ces lésions que succède, en dernier lieu, l'atrophie, qui peut dès lors s'expliquer ici autrement que par l'inactivité fonctionnelle ; ajoutons que cette atrophie, dans la paralysie générale, se produit quelquefois dans un temps assez court.

Les déments paralytiques, comme on le sait, ne cessent de marcher que dans la dernière période, et celle-ci ne se prolonge en général que quelques mois, rarement plus d'une année ; cependant on constate souvent, à l'autopsie, une atrophie de 200 à 300 grammes, et une perte de poids

aussi considérable ne peut s'expliquer par la seule inactivité fonctionnelle.

Je pense donc que les hémiplégies des déments paralytiques peuvent et doivent être rapportées à la prédominance d'atrophie de l'un des hémisphères, non pas à cette atrophie en tant que simple diminution du poids, mais à cette atrophie expression d'une lésion générale, dont elle est le résultat, et dont il est impossible de la distinguer, cette lésion n'étant pas connue dans sa nature.

Les faits que je viens d'exposer me paraissent pouvoir se résumer dans les propositions suivantes :

1° Les congestions qui précèdent la paralysie générale ou qui surviennent dans son cours sont souvent accompagnées d'hémiplégies passagères ;

2° Ces hémiplégies passagères portent assez souvent sur le même côté ;

3° En se répétant sur un seul hémisphère, ces congestions finissent par amener des hémiplégies persistantes, le plus souvent incomplètes ;

4° Ces hémiplégies dont beaucoup étaient restées inexpliquées, l'hémisphère opposé n'offrant aucune altération locale, ces hémiplégies paraissent devoir être rattachées à une prédominance d'atrophie dans l'hémisphère opposé à la paralysie.

Je crois devoir citer à l'appui des conclusions qui précèdent quelques-unes des observations que j'ai recueillies.

Observation I

Excès alcooliques. — Hallucinations. — *Guérison.* — Trois mois après, signes de paralysie générale. — Agitation. — Tendance au délire ambitieux. — Hémiplégie *gauche.* — Amélioration. — Retour des accidents. Mort après trois ans. — L'hémisphère *droit* pèse 61 grammes de moins que le gauche. — Atrophie générale. — Adhérences. — Substance grise ramollie, substance blanche indurée.

La femme X..., âgée de trente-cinq ans, a toujours

mené une vie fort dissipée. Depuis plusieurs années, à la suite de revers de fortune, elle s'est adonnée à la boisson. D'une bonne santé d'ailleurs, elle n'avait jamais présenté, ni aucune personne de sa famille, le moindre signe d'aliénation mentale.

Au mois de janvier 1854, X... perd subitement le sommeil, accuse en même temps une céphalalgie intense et se plaint de visions qui la poursuivent nuit et jour; elle voit autour d'elle des cercueils, des corbillards, et s'imagine qu'elle va mourir. Pendant quelques jours, elle est très agitée; puis la céphalalgie et les visions disparaissent, et la malade recouvre toute sa raison.

Trois mois après, de nouveaux accidents se produisent. X... néglige toutes ses affaires, passe son temps à des futilités; elle fait et défait ses robes, etc. Quelquefois elle semble n'avoir plus conscience de ses paroles et de ses actes, et prononce des mots incohérents. Elle est amenée à la Salpêtrière le 16 juin 1854.

La figure est pâle et amaigrie ; il y a de l'hésitation dans la parole, de la faiblesse dans les mains, une certaine vacillation dans la marche. La malade ne sait pas où elle est, se tourmente beaucoup de ses affaires, a une tendance marquée au délire ambitieux. Elle a, dit-elle, chez elle de beaux meubles, de riches toilettes ; elle est très agitée, refuse tout travail.

Cet état persiste pendant quinze ou vingt jours, après lesquels une notable amélioration se manifeste.

La figure devient meilleure, les mains sont plus fortes, la parole plus libre, la démarche moins chancelante; la malade consent à travailler.

Trois mois après, dans le courant du mois de novembre 1854, cette amélioration a fait des progrès sensibles : tout embarras de parole a presque entièrement dis-

paru; la démarche est assurée; l'intelligence paraît nette. On remarque cependant que cette malade travaille très peu et ne pense guère qu'à manger.

A la fin du même mois, sans aucun symptôme précurseur, X... est subitement atteinte d'une hémiplégie incomplète; elle se tient debout, mais tout son corps penche à gauche, elle ne peut porter le bras de ce côté jusqu'à sa tête; la bouche est déviée à droite, la parole embarrassée. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, dès le lendemain l'hémiplégie a diminué, le mouvement est revenu dans le bras gauche, la bouche n'est plus déviée; il reste seulement de la faiblesse dans le côté gauche et un embarras de parole plus marqué qu'avant l'accident.

Dans le courant de décembre, sans disparaître complètement, ces symptômes eux-mêmes diminuent beaucoup, et, à la fin du mois, la malade sort de l'hospice.

Elle passe toute l'année 1855 chez son mari. L'intelligence paraît avoir diminué. On remarque une faiblesse prédominante dans le côté gauche, et par instants du bégayement.

En 1856, pour la troisième fois, des accidents graves reparaissent. Traitée d'abord à Charenton, elle est ramenée à la Salpêtrière au mois de mai.

Bégayement, démarche chancelante, état de stupeur et de démence; tous les signes d'une paralysie générale très avancée; et cette fois, loin de diminuer, ils vont, au contraire, en s'aggravant très rapidement. Ainsi, deux mois après son entrée, en juillet, la malade est devenue gâteuse; sa figure a vieilli; ses traits se sont relâchés, sa prononciation est de plus en plus embarrassée. Cinq mois après, au mois de novembre, elle ne se lève plus du tout; elle est extrêmement maigre; elle ne prend plus que des aliments liquides.

Au mois de janvier 1857, elle est mourante; elle rejette toute espèce d'aliments : la langue est noire et sèche, les dents fuligineuses; cependant il n'y a pas d'eschares; le pouls est presque normal; la malade peut encore prononcer quelques mots. La mort arrive le 16 janvier 1857.

Durant cette dernière période, les accidents hémiplégiques ont persisté; ils ont même présenté une aggravation momentanée. La malade s'est un jour réveillée complètement hémiplégique; le bras gauche immobile et contracturé, la jambe gauche inerte; la bouche déviée à droite. Des sangsues furent appliquées à l'anus, et dès le lendemain la déviation de la bouche avait disparu; le bras et la jambe avaient en partie recouvré le mouvement. Jusqu'à la fin de la vie cependant, une faiblesse beaucoup plus marquée persista dans tout le côté gauche.

Autopsie. — Le corps ne présente aucune trace d'eschares. A la face interne du crâne, sur la partie antérieure et médiane de la voûte, au-devant de l'apophyse crista-galli, dont elle est séparée par une échancrure, on remarque une saillie osseuse, mince et tranchante contenue dans l'épaisseur de la faux cérébrale. Cette saillie est triangulaire, elle a près d'un demi-pouce de hauteur; elle se perd insensiblement de bas en haut.

Le cerveau est très petit. A la simple inspection, on reconnaît une disproportion marquée entre le volume de cet organe et celui du cervelet, et aussi une différence entre les deux hémisphères du cerveau.

On trouve pour le poids total de l'encéphale, 955 grammes; pour celui du cerveau, 800 grammes; pour celui du cervelet et de la protubérance, 155 grammes; l'hémisphère gauche pèse 431 grammes; l'hémisphère droit, 369 grammes.

On a recueilli 150 grammes de sérosité qui était principalement épanchée à la base.

L'arachnoïde viscérale, examinée avec soin dans toute l'étendue du cerveau, n'offre aucune trace d'opacité.

La pie-mère, sauf en un point ou deux, n'est pas infiltrée. En quelques endroits seulement, principalement sur les parties latérales des hémisphères, elle offre des traces de suffusion sanguine. Les deux membranes ne sont pas épaissies d'une manière appréciable. Si l'on essaye de les enlever, on reconnaît que presque partout elles ont contracté des adhérences avec la substance corticale. Elles entraînent la couche externe et laissent à nu une surface inégale, mamelonnée, rouge et saignante. En certains points, elles entraînent même *toute l'épaisseur de la substance corticale.*

Cette substance est atrophiée et beaucoup plus molle qu'à l'état normal. La substance blanche est, au contraire, plus ferme et plus élastique.

Si l'on gratte la couche corticale avec le manche d'un scalpel, on enlève très facilement cette substance grise ramollie sans entamer la substance blanche qui est indurée.

Les membranes du cervelet sont injectées, mais point adhérentes. La substance grise est très colorée. La consistance générale de cet organe paraît beaucoup plus faible que celle du cerveau.

La moelle, examinée avec soin, n'a présenté aucune trace d'altération.

Dans le milieu du poumon gauche, on trouve un lobule pulmonaire hépatisé au troisième degré; rien dans le poumon droit.

Le cœur, les reins, la vessie, l'utérus, la rate, l'estomac, l'intestin grêle sont parfaitement sains.

Il y a dans le gros intestin une grande quantité de matières fécales extrêmement dures, mais nulle trace d'inflammation.

Observation II

Paralysie générale avec prédominance de la faiblesse à *gauche* presque dès le début. — Trois mois avant la mort, délire hypochondriaque spécial. — L'hémisphère *droit* pèse 60 grammes de moins que le gauche.

M. X..., âgé de trente-deux ans, d'un caractère assez violent, a fait quelques excès de boisson.

En 1854 son caractère se modifie, on remarque qu'il est plus disposé à suivre les avis qu'on lui donne; il devient presque débonnaire.

En 1855 sa femme observe par moments un peu d'embarras dans la prononciation. En même temps, M. X... se plaint d'une faiblesse très marquée dans tout le côté gauche. Bientôt il ne fut plus possible de méconnaître un commencement d'affaiblissement des facultés intellectuelles. Au mois de juillet 1856, le malade fut conduit à Paris: l'hémiplégie gauche incomplète persistait, mais il y avait, en outre, dans tout ce côté des douleurs assez vives qui revenaient par accès et que M. X... appelait ses crises. La sensibilité générale, loin d'être affaiblie, était au contraire plus vive. Il y avait aussi des douleurs le long de la colonne vertébrale, douleurs que le malade comparait à des morsures. L'embarras de la parole était d'ailleurs peu appréciable, la démence encore peu avancée, M. X... n'avait point de délire ambitieux, mais cependant une tendance à se vanter de sa force et de son adresse. On observait parfois des moments d'excitation. Le diagnostic offrait encore quelques incertitudes. Existait-il une affection organique locale de l'hémisphère droit, ou une paralysie générale de forme un peu anormale? Sur ce point les avis étaient partagés. Plusieurs fois dans le courant du mois d'août on put saisir, mais par intervalles seulement, un embarras très marqué dans la

prononciation. Le 1er octobre, M. X... est atteint tout à coup d'une congestion cérébrale, accompagnée de convulsions épileptiformes. Il reste deux heures sans connaissance.

Depuis cet accident l'état intellectuel du malade s'est aggravé, la démence était plus évidente, mais en outre il survint peu à peu un délire spécial d'une nature très singulière. M. X... prétend qu'il est muet, qu'il n'a plus de langue, qu'il n'a plus de dents ou qu'il n'en a plus que quatre. Il n'a plus d'urèthre, il n'a plus de prépuce, il a l'anus bouché; il ne pourra plus aller à la selle; il est paralysé; il est mort. Il prétend encore qu'il a les deux mâchoires contractées et qu'il ne peut plus ouvrir la bouche. A chaque instant, il serre un de ses doigts entre ses dents, puis répète qu'il ne peut plus le retirer, et si on tente de le faire, il serre plus fort et finirait par se blesser. Cependant si on distrait son attention, M. X... retire de lui-même et immédiatement son doigt. Il s'est rougi et déprimé un point de chaque côté du cou à force de le presser en répétant sans cesse qu'il a le gosier bouché. Pendant plus d'un mois, on a la plus grande peine à lui faire manger des potages et du hachis de viande. Il reste quelquefois vingt-quatre et même trente-six heures sans rien prendre. Chose singulière, mais que j'ai observée aussi dans d'autres cas, dès qu'on était parvenu à faire prendre la première cuillerée de potage, il n'y avait plus aucune difficulté pour tout le reste du repas.

On réussit souvent à faire manger M. X... en l'abordant brusquement, en lui parlant très haut et en détournant ainsi son attention. Ce malade est surtout très préoccupé de son prépuce : dès qu'on approche de lui, il se déboutonne et montre sa verge, répétant : « Je n'ai plus de prépuce; je n'ai plus d'urèthre, » et il lui arrive en même temps d'uriner dans sa chambre. Souvent il répète qu'il a une *érection éternelle.* Cette manifestation du délire ambi-

tieux n'est pas la seule qu'on ait observée chez M. X... Tout récemment on l'a entendu dire que tout le plafond était doré, que son lit était doré.

La maigreur est peu à peu devenue très grande, les yeux sont rouges, chassieux, le teint d'un rouge violacé, les joues creuses, la démarche chancelante, la parole traînante et un peu embarrassée. Pendant quelque temps, le malade poussait des cris aigus et il lui arrive encore souvent de passer des nuits agitées et tout à fait sans sommeil. Le malade n'était pas encore alité que déjà il avait une large eschare. Il y avait, en outre, des ecchymoses comme scorbutiques sur divers points du corps, des phlyctènes gangreneuses étaient survenues aux mains. Le marasme fit des progrès rapides et M. X... succomba le 19 janvier 1857.

Autopsie. — Une très large eschare noire occupe toute la région du sacrum; petites eschares sur les jambes. Il y a des ecchymoses sur le prépuce.

L'arachnoïde est opaque sur une grande partie des hémisphères. La pie-mère est sans injection remarquable, légèrement infiltrée de sérosité.

La quantité de sérosité qui s'écoule soit des ventricules, soit de la cavité de l'arachnoïde est évaluée à 50 grammes. Entre les membranes et le cerveau il y a des adhérences assez nombreuses, mais très superficielles, et la substance mise à nu n'est pas colorée. Les adhérences existent surtout sur les lobes moyens. Les circonvolutions sont assez larges, sans atrophie sensible, cependant elles sont plus minces sur l'hémisphère droit; le poids du cerveau est de 1100 grammes; l'hémisphère droit pèse 60 grammes de moins que le gauche.

Les ventricules sont assez dilatés et contiennent un peu de sérosité limpide. Les parois sont recouvertes de granulations dans toute leur étendue.

La substance grise est généralement plus colorée, plus molle qu'à l'état normal.

Les deux hémisphères, coupés par tranches avec le plus grand soin, ne présentent aucune trace de lésion locale. Le cervelet et la moelle n'offrent aucune altération.

Les poumons sont emphysémateux; le cœur petit, avec plusieurs plaques blanches à sa surface, la muqueuse de l'estomac est brune et offre quelques ecchymoses. Le gros intestin contient des matières très dures, la muqueuse est dans quelques points brune et ecchymosée.

Observation III

Plusieurs attaques de congestion avec hémiplégie *droite* passagère. La troisième année, l'hémiplégie persiste, accompagnée d'embarras dans la prononciation. — La démence survient. — Paralysie des sphincters. — Grincements de dents; marasme. — Mort. — L'hémisphère *gauche* pèse 52 grammes de moins que le droit.

La femme M..., âgée de trente-neuf ans, ouvrière en dentelles, a été conduite à la Salpêtrière le 6 mai 1856. Le certificat du médecin qui avait dû examiner la malade avant l'entrée portait qu'elle était atteinte « d'une hémiplégie droite avec contracture, que l'intelligence était affaiblie et la parole embarrassée ».

Voici les renseignements qui nous furent donnés :

Il y a trois ans que cette femme a eu une première attaque de congestion, accompagnée, entre autres symptômes, d'embarras de la prononciation et d'une paralysie du bras droit. Les symptômes se dissipèrent au bout d'un quart d'heure.

Des congestions semblables se sont renouvelées tous les trois ou quatre mois ; elles ont toujours été accompagnées d'une paralysie du bras droit qui se dissipait assez promptement. Cependant depuis un an les mouvements de ce

côté sont devenus peu à peu très faibles, la parole s'est embarrassée à ce point qu'on a souvent de la peine à comprendre ce que veut dire la malade. Il existe, en outre, des signes très évidents de démence.

Depuis six mois, suppression des règles. La malade, à son entrée, offre tous les symptômes d'une paralysie générale au troisième degré. Le bras droit est un peu tuméfié et contracturé, la jambe du même côté plus paralysée que l'autre. M... ne peut plus se tenir sur ses jambes, mais peut encore être assise sur un fauteuil. Elle était d'ailleurs gâteuse avant son entrée à l'hospice. Après cinq mois, cette femme dut rester complètement couchée et des eschares ne tardèrent pas à se former au siège. Il y avait des grincements de dents presque continuels. On observait dans les membres, dès qu'on les remuait, le tremblement fibrillaire et convulsif du dernier degré de la démence paralytique. Au commencement du printemps, il survint de la diarrhée, le marasme fit des progrès et la mort eut lieu le 12 mai 1857; la malade jusqu'à la fin s'était un peu servie du bras gauche, mais le bras droit était resté paralysé et contracturé.

Autopsie. — Les deux hémisphères pèsent 840 grammes; le cervelet et la protubérance, 150 grammes; l'hémisphère droit est plus pesant que l'hémisphère gauche, la différence est de 52 grammes; il y avait dans le crâne 170 grammes de sérosité.

L'arachnoïde viscérale offre çà et là des taches blanches et opaques; la pie-mère n'est point infiltrée, excepté dans deux points : un de chaque côté de la grande scissure interhémisphérique. Dans ces points, la sérosité est réunie dans deux petites cavités par la dépression des circonvolutions. Les vaisseaux de la pie-mère sont exsangues, mais dilatés.

Il y a en arrière et près de la scissure de Sylvius des traces de suffusion sanguine, surtout à gauche. Les membranes

adhèrent à la substance grise, et l'entraînent avec elle dans un très grand nombre de points. La couche enlevée est parfois si épaisse que la substance blanche est mise à nu. La substance grise est molle, mamelonnée, et sur l'hémisphère gauche elle a sur plusieurs circonvolutions une teinte verdâtre, comme s'il y avait un commencement de putréfaction. Les adhérences sont plus profondes et plus générales sur l'hémisphère gauche. Si on racle la substance grise, on la sépare facilement de la substance blanche, qui est ferme, ratatinée, comme jaunâtre. Les ventricules sont également dilatés des deux côtés et remplis de sérosité. Le cervelet n'offre aucune altération qui mérite d'être notée. Le cerveau, dont les circonvolutions étaient généralement atrophiées, a été coupé par tranches et examiné avec soin, et on n'a trouvé aucune altération locale qui ait rendu compte de l'hémiplégie.

Observation IV

Sommaire. — Démence très prononcée dès le début; la paralysie prédomine à *droite* dans les derniers mois. — L'hémisphère *gauche* pèse 48 grammes de moins que l'hémisphère *droit*.

La femme H..., âgée de cinquante-deux ans, a été arrêtée à Bourg-la-Reine pour vagabondage et amenée à la Salpêtrière le 14 juillet 1855. Cette femme est grande, pâle et assez maigre; elle a la figure épanouie; elle parle beaucoup, mais ses phrases sont incohérentes; elle ne fait aucune attention à ce qu'on lui dit, ou fait des réponses étrangères aux questions qu'on lui adresse; la mémoire paraît très affaiblie. H... ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents, ni sur la durée de sa maladie; elle a une tendance marquée au délire ambitieux, la démarche est chancelante, la parole tremblante et embarrassée, les pupilles sont égales; l'agitation qu'offrait la

malade à son entrée persista quatre ou cinq mois. Cette agitation était modérée et permettait par intervalles que la femme H... s'occupât un peu au ménage.

Pendant une année presque entière, de novembre 1855 au mois d'octobre 1856, il n'y eut aucun changement notable ; état habituel de calme et tenue assez bonne.

Au mois d'octobre 1856, la malade s'affaiblit tout à coup, devient gâteuse ; les signes de démence sont de plus en plus prononcés, la parole très embarrassée ; cependant, les fonctions digestives se conservent. Au commencement de janvier, on s'aperçoit qu'il y a une prédominance bien marquée de la paralysie à droite ; la malade traîne la jambe de ce côté et elle peut à peine porter le bras droit à sa tête. Au commencement de février, la station devient impossible et on est obligé de maintenir la malade au lit ; le bras droit est toujours plus faible ; la malade continue, au contraire, à se servir du bras gauche ; peu à peu, les jambes se rétractent sur les cuisses. Quelques jours avant la mort, contracture du bras gauche ; par intervalles, quelques légers mouvements convulsifs dans les membres ; une eschare profonde s'était formée au siège. La malade meurt le 1er mars 1857.

Autopsie. — Les deux hémisphères réunis pèsent 802 grammes ; l'hémisphère gauche pèse 48 grammes de moins que l'hémisphère droit ; le poids du cervelet est de 145 grammes ; celui de la sérosité recueillie est de 255 grammes.

L'arachnoïde viscérale est opaque, épaissie dans un assez grand nombre de points ; les vaisseaux de la pie-mère sont dilatés, mais cette membrane n'est point infiltrée ; elle a contracté quelques adhérences avec la substance grise, principalement sur les bords de la scissure de Sylvius. Le cerveau est atrophié ; il y a un certain nombre de circonvolutions déprimées et qui ne sont plus de niveau

avec les autres. La substance grise est mince, plus molle que dans l'état normal, granuleuse, colorée seulement par places. La substance blanche est indurée dans certains endroits, au contraire plus molle dans d'autres; les ventricules sont extrêmement dilatés et remplis de sérosité limpide. Le cerveau coupé par tranches avec soin, on ne découvre aucune altération locale, la substance blanche offre un assez grand nombre de vaisseaux, mais peu de sang; le cervelet et la protubérance ne présentent rien de particulier, les organes thoraciques et abdominaux sont sains. On trouve seulement dans le gros intestin une grande quantité de matières fécales très dures.

Les faits semblables aux observations qui précèdent ne sont pas rares, et je pourrais en citer un certain nombre d'autres. Dans tous les cas, on constate la prédominance de la paralysie d'un côté avec une différence de poids de deux hémisphères, laquelle, comme je l'ai dit plus haut, a varié de 20 à 62 grammes.

Chez les quatre malades dont j'ai rapporté les observations, cette différence de poids des hémisphères a varié de 62 à 48 grammes.

V

DU POIDS COMPARÉ

DU CERVEAU ET DU CERVELET

DANS LA DÉMENCE PARALYTIQUE

1886

Dans la longue discussion qui a eu lieu à la Société médico-psychologique en 1859 sur la paralysie générale, j'ai cru devoir insister particulièrement sur deux faits :

1° Sur l'atrophie que subissent les hémisphères cérébraux dans la démence paralytique, atrophie portée assez loin pour que dans dix-sept cas le cerveau eût perdu en moyenne plus de 200 grammes de son poids;

2° Le second fait sur lequel je croyais devoir appeler l'attention, c'est que le cervelet conserve son poids normal et reste ainsi indépendant au point de vue de l'atrophie qui se produit dans les hémisphères cérébraux. (*Annales médico-psychologiques*, 1859, tome V, page 477.)

Depuis lors, j'ai plusieurs fois rappelé cette indépendance du cervelet et du cerveau dans la démence paralytique. (*Gazette des hôpitaux*, 29 mars 1860. — *Union médicale*, 21 mars 1861. — Notes de la traduction de l'ouvrage de Griesinger, p. 26, 1865.)

Je crois devoir aujourd'hui revenir sur ce fait, en l'étudiant avec quelques détails et en l'appuyant des documents

qui, il y a plus de vingt-cinq ans déjà, m'avaient permis de le communiquer à la Société médico-psychologique.

Les observations, recueillies exclusivement chez les femmes, sont au nombre de cinquante-sept. Je les diviserai en trois catégories.

I CERVEAUX entre 1,000 et 1,200 grammes.		II CERVEAUX entre 900 et 1,000 grammes.		III CERVEAUX au-dessous de 900 grammes.	
POIDS DU CERVEAU	POIDS DU CERVELET	POIDS DU CERVEAU	POIDS DU CERVELET	POIDS DU CERVEAU	POIDS DU CERVELET
1200	175	1000	155	900	140
1190	154	1000	145	896	170
1155	150	980	168	866	167
1073	165	985	167	890	155
1072	155	980	148	882	170
1070	135	978	135	882	140
1065	165	975	158	860	150
1050	158	975	149	850	135
1035	160	970	152	846	160
1035	143	965	165	845	155
1020	150	950	165	840	150
1005	165	950	165	832	130
		950	150	820	155
		940	178	815	185
		930	158	802	145
		930	155	800	155
		928	168	800	155
		925	157	800	150
		925	137	785	145
		920	165	770	140
		920	150	768	154
		917	143	765	150
		910	175		

Il résulte de ce tableau que la première catégorie comprend douze observations dans lesquelles les hémisphères cérébraux pesaient de 1000 à 1200 grammes.

La seconde renferme vingt-trois cas dans lesquels le

poids des hémisphères variait entre 900 et 1000 grammes.

Dans la troisième se trouvent vingt-deux cas avec des hémisphères pesant moins de 900 grammes.

Avant de rechercher les conséquences qu'on peut tirer de ce tableau, il importe de rappeler que tous les auteurs sont d'accord pour admettre dans la paralysie générale deux ordres de symptômes d'une nature très différente et qui caractérisent deux périodes très distinctes.

Dans la première de ces périodes, c'est l'état maniaque avec délire des grandeurs qui domine ; dans la seconde, c'est la démence avec affaiblissement paralytique.

Si la mort arrive pendant la période maniaque, on pourra trouver et on trouvera le plus souvent des cerveaux congestionnés et comme turgescents, conservant au moins leur poids normal.

Chez les déments, au contraire, on constatera une atrophie plus ou moins grande selon la durée de la maladie.

Il était nécessaire de rappeler ces faits pour se rendre compte des différences qu'offrent les trois séries d'observations résumées dans le tableau ci-dessus.

Sans tenir compte des exceptions, et en envisageant les faits d'une manière générale, on peut admettre que les trois séries représentent les différentes périodes de la maladie.

Les douze premiers cas seraient considérés comme appartenant à l'état maniaque; les quarante-cinq cas de la seconde et de la troisième catégorie représenteraient les différents degrés de la démence paralytique.

Pour le sujet spécial de cette note, il n'y a point à tenir compte des douze premiers cas, et je me bornerai à l'examen des quarante-cinq observations formant les deux dernières séries.

L'âge moyen des cinquante-sept malades était de qua-

rante-trois ans; or, le poids des hémisphères cérébraux chez les femmes de trente-cinq à quarante-cinq ans est de. . . . . 1085 gr.

Celui du cervelet, avec la protubérance et le bulbe, de. . . . . 159 gr.

Le rapport du poids du cerveau à celui du cervelet est donc comme 6,8 est à 1.

Si on prend la moyenne du poids du cerveau et du cervelet dans les vingt-trois observations de la deuxième série, on trouve que le poids moyen du cerveau est de . . . . 932 gr.
et celui du cervelet, de . . . . 157 gr.

Les hémisphères ont donc perdu de leur poids. 133 gr.

Le cervelet, au contraire, ne subit qu'une diminution de 2 grammes.

Le rapport du cerveau au cervelet, au lieu d'être de 6,8, n'est plus que de 6; c'est déjà, comme on le voit, une différence considérable; mais elle devient bien plus grande encore pour les vingt-deux dernières observations représentant d'une manière générale la démence paralytique au dernier degré. Le poids des hémisphères cérébraux n'est plus, en effet, que de. . . . . 833 gr.

Celui du cervelet est de. . . . . 153 gr.

Les hémisphères ont donc perdu. . . . . . 252 gr.

Le cervelet, au contraire, n'a perdu que 6 grammes sur le poids normal. Le rapport du cerveau au cervelet tombe ici à 5,44 (1).

(1) M. Bra est arrivé, pour l'atrophie que subit le cerveau chez les femmes atteintes de paralysie générale, à des résultats qui diffèrent très sensiblement de ceux que j'ai moi-même obtenus. (*Etude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales.*)

Sur vingt-deux cas, il a trouvé que les hémisphères cérébraux n'avaient perdu que 104 grammes de leur poids; or, d'après l'ensemble de mes cinquante-sept observations, la perte est de 152 grammes au lieu de 104; c'est, comme on le voit, une différence d'un tiers en plus. Il importe

Le fait de l'indépendance du cervelet et du cerveau, au point de vue de l'atrophie dans la démence paralytique, ne saurait donc être révoqué en doute.

Il est bien démontré que la sclérose interstitielle diffuse qui se produit dans la démence paralytique peut parcourir lentement tous les degrés de la période régressive et amener une diminution assez considérable de volume et de poids dans le cerveau, sans que rien de semblable se produise dans le cervelet.

Tout cela est d'ailleurs d'accord avec l'opinion que les auteurs ont émise sur le rôle qu'il convient d'attribuer au cervelet dans la paralysie générale.

Bayle prétendait que le cervelet et ses méninges lui avaient toujours paru à l'état normal.

Des nombreux auteurs qui ont écrit depuis Bayle, les uns n'ont rien dit des lésions du cervelet, les autres n'en ont parlé que d'une manière très accessoire et si vaguement qu'il est évident qu'ils n'avaient pas d'éléments suffisants pour émettre une opinion nettement définie ; c'est ce que prouve, en particulier, le passage suivant de l'article de M. Foville sur la paralysie générale (1). « Quelquefois, « dit-il, la surface de la substance corticale du cervelet « présente, par places, quelques altérations analogues à

d'ajouter qu'après avoir rappelé mes observations de 1858, M. Bra fait remarquer que Crichton-Brown a noté des moyennes *excessivement faibles*, ne pouvant, dit-il, être comparées qu'à celles de l'idiotie et de la démence sénile.

Ces différences dans les résultats peuvent surtout s'expliquer par le nombre plus ou moins grand des cas dans lesquels les malades ont succombé pendant la période maniaque ou mélancolique.

La démence paralytique a, chez les femmes, une marche plus lente que chez les hommes, et on voit plus fréquemment chez elles la maladie parcourir toutes ses périodes. Ce fait explique comment M. Bra a trouvé que le cerveau avait perdu, chez les femmes atteintes de paralysie générale, 104 grammes de poids, tandis que, chez les hommes, la perte n'était que de 72 gr. 75.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, tome XXVI, p. 129.

« celles du cerveau; mais elles sont rares et ont été rela-
« tivement peu étudiées. »

M. Foville ne parle ici que des lésions visibles à l'œil nu. Quant à l'examen microscopique, je me bornerai à rappeler que M. Magnan qui, plus que personne parmi les auteurs français, s'est efforcé de démontrer par des recherches microscopiques la diffusion et la généralisation de l'encéphalite interstitielle diffuse chez les aliénés paralytiques, n'a rien dit des lésions du cervelet dans les quatre mémoires qu'il a consacrés à l'anatomie pathologique de la paralysie générale.

Il a beaucoup insisté sur les lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes, sur les relations entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle et des nerfs dans la paralysie générale; mais rien n'indique qu'il ait accordé quelque importance aux lésions du cervelet.

Dans son second mémoire, sur les lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes, je trouve, en particulier, le passage suivant :

« L'épendymite cérébrale, l'encéphalite interstitielle
« diffuse péri-épendymaire, la péri-encéphalite chronique
« diffuse trouvent leurs analogues dans la moelle qui peut
« présenter une myélite diffuse péri-épendymaire et une
« mylite diffuse avec localisation plus accusée à la péri-
« phérie, c'est-à-dire des lésions semblables à celles que
« nous voyons dans le cerveau des paralytiques géné-
« raux (1). »

Comme on le voit, il n'est fait ici aucune mention du cervelet.

Il paraît donc démontré, comme je l'ai déjà dit plus haut,

(1) *Recherches sur les centres nerveux*, p. 34.

que l'indépendance du cervelet et du cerveau, au point de vue de l'atrophie dans la démence paralytique, est d'accord avec l'opinion des auteurs sur le peu d'importance qu'offrent les lésions du cervelet dans cette maladie (1).

En résumé :

1° La sclérose interstitielle diffuse du cerveau dans la paralysie générale, quand elle parcourt toutes ses périodes, a pour dernier terme, comme toutes les scléroses, l'atrophie de l'organe. Les hémisphères cérébraux diminuent de volume et perdent souvent plus d'un quart de leur poids.

2° Le cervelet, au contraire, conserve son volume et perd à peine quelques grammes de son poids.

Ce dernier fait m'a paru très digne d'intérêt et j'ai cru utile de ne plus me borner à l'énoncer, comme je l'avais fait autrefois, mais de citer les observations qui le mettent hors de doute.

(1) M. Voisin, dans les cas où il existait de l'hyperémie, a trouvé dans le cervelet des épanchements globulaires et des noyaux embryoplastiques autour de *quelques* vaisseaux et dans la substance cérébrale elle-même, mais il s'agit ici de lésions légères limitées à *quelques vaisseaux*.

VI

DE LA

COLORATION ARDOISÉE DU CERVEAU

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

ET DE SES RAPPORTS AVEC LES ESCHARES DU SACRUM

Il y a bien longtemps déjà que j'ai publié plusieurs cas de coloration ardoisée du cerveau, et signalé les rapports de cette lésion avec les eschares du sacrum si souvent observées chez les aliénés paralytiques (1).

Cependant, on peut s'assurer que ce qui se rattache à ce sujet a été passé sous silence par presque tous les auteurs, et comme, d'autre part, le mode de production et la nature de la lésion sont encore mal déterminés, il m'a semblé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à revenir sur cette question.

Je me propose d'étudier ici les caractères de la lésion, ses rapports avec les eschares du sacrum, son mode de production et sa nature.

I

Caractère de la lésion.

Dans les faits que j'ai observés et dans ceux qu'on peut trouver dans divers auteurs, la coloration anormale du cerveau a été, le plus souvent, comparée à celle de l'ar-

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1857, 3e série, tome III, page 192; *Bulletin de l'Académie*, 1858.

doise; mais cette coloration offre des degrés très variables; elle est quelquefois très foncée, presque noire, parfois on constate qu'elle est ardoisée et verdâtre. Dans quelques cas même, les circonvolutions sont simplement *verdâtres*.

Quelle que soit la teinte, il est remarquable qu'elle pénètre *toute l'épaisseur de la substance grise, et s'arrête brusquement à la substance blanche*.

Les parties de substance grise qui offrent la coloration ardoisée sont le plus souvent un peu plus molles que les circonvolutions voisines, mais elles peuvent aussi conserver leur consistance normale. M. Calmeil, dans l'une des deux observations qu'il a publiées, a même cru pouvoir déclarer que la substance grise lui paraissait saine, à part, bien entendu, l'altération de la couleur. Cependant, par contre, la perte de consistance peut quelquefois aller jusqu'au ramollissement.

Dans la substance grise colorée, les petits vaisseaux sont noirs, et M. Calmeil, dans un cas, a cru pouvoir les comparer à des brins de crin.

La coloration ardoisée se rencontre le plus souvent à la base du cerveau et sur le cervelet, mais on la trouve aussi à la face supérieure des hémisphères; elle est habituellement très prononcée dans les scissures de Sylvius; dans un cas, elle était surtout très apparente à la partie supérieure, sur le bord de la grande scissure interhémisphérique et sur les circonvolutions qui surmontent le corps calleux.

Dans un autre, on a noté que la lésion qui existait à la face supérieure dans un groupe de trois circonvolutions était à peine appréciable à la base.

Enfin, il m'est arrivé une fois de constater que la coloration anormale occupait sur chaque hémisphère un même

groupe de circonvolutions, et qu'elle était ainsi symétrique.

Tantôt, la lésion cesse brusquement et tranche d'une manière très nette avec les circonvolutions saines; tantôt, elle diminue graduellement et, quelquefois, c'est une teinte verdâtre qui fait suite à la coloration ardoisée.

Dans plusieurs cas, la substance grise des corps striés et des couches optiques avait, comme les circonvolutions, une teinte ardoisée ou verdâtre.

Dans une observation recueillie par M. Camuset, la coloration anormale existait d'une manière très nette dans le corps rhomboïde du cervelet.

La coloration ardoisée n'atteint, le plus souvent, que la substance grise du cerveau et du cervelet, et on ne l'observe que rarement sur la substance blanche.

Je rapporterai cependant plus loin trois faits de ce genre.

Les circonvolutions qui présentent la coloration ardoisée peuvent n'offrir aucune odeur fétide, mais dans la moitié des cas au moins cette odeur est signalée comme étant plus ou moins prononcée. Elle peut, d'ailleurs, ne pas exister, alors même que la substance grise est plus ou moins ramollie.

Il reste à rappeler ici les résultats de quelques recherches microscopiques.

Dans une observation qu'il a bien voulu me communiquer en 1863, M. Charcot se borne à dire que l'examen microscopique ne fait découvrir, dans les parties colorées en bleu, aucun dépôt de pigment pouvant expliquer cette coloration.

M. Decaisne a pu distinguer encore, dans la substance noire ramollie, quelques rares filets nerveux avec leurs varicosités, mais ils étaient bien plus fragmentés que dans

les parties saines. Outre un stroma granuleux dans lequel ces filaments étaient disséminés, l'examen microscopique lui a, en outre, révélé la présence d'un assez grand nombre de cristaux transparents, rhomboïdaux, réfractaires à l'action de la potasse caustique, et qui n'étaient autre chose que des cristaux de cholestérine.

Voici enfin les détails donnés par M. Calmeil pour un des cas qu'il a cités :

« La substance corticale du cerveau ne se montre point noire lorsqu'elle est étalée ; les vaisseaux, assez rares, qui la traversent offrent seuls une teinte ardoisée. Cette substance est comme tatouée de vrais globules de pus que l'acide acétique rend plus clairs et qui se font tout de suite reconnaître à leur surface uniforme. Ces globules existent partout où l'élément cortical a pris une teinte de suie. Ils sont rares dans les endroits où la substance grise a conservé sa teinte normale. Cette substance ne semble sous aucun autre rapport altérée. »

État des membranes. — Il importe de faire remarquer que l'arachnoïde et la pie-mère ne présentent quelquefois aucune autre lésion que celles qu'elles ont dans les cas ordinaires de paralysie générale (opacité, infiltration séreuse, épaississement). Mais le plus souvent on trouve une infiltration purulente, grisâtre, plus ou moins étendue de la pie-mère. Cette membrane peut alors acquérir une épaisseur assez considérable que M. Calmeil, dans un cas, a estimée à 5 ou 6 millimètres. Le pus est parfois semi-concret et la membrane épaissie cache complètement les circonvolutions. Cette infiltration purulente existe plus souvent à la base et dans les scissures de Sylvius, mais on la constate aussi quelquefois à la surface des hémisphères. On l'a observée sur le cervelet qui peut être comme enveloppé par une sorte de carapace purulente.

Dans plusieurs cas on a trouvé du pus dans les ventricules latéraux et même sur le corps calleux.

J'ai noté plusieurs fois dans la pie-mère l'existence de petites bulles de gaz.

La grande cavité de l'arachnoïde peut ne contenir aucune sérosité, mais le plus souvent on en trouve une quantité plus ou moins grande ; elle est trouble, floconneuse et quelquefois d'une odeur fétide.

Les membranes de la moelle, comme celles du cerveau, mais plus souvent qu'elles, peuvent être infiltrées de pus formant une couche plus ou moins épaisse; cette couche purulente s'observe surtout à la partie postérieure de la moelle.

On peut aussi trouver dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne une sérosité grisâtre, trouble, floconneuse et à la partie inférieure une sanie putride avec coloration brune des membranes.

Telles sont, d'une manière sommaire, les lésions que présentent, dans le plus grand nombre des cas, les membranes du cerveau et de la moelle lorsqu'une partie des circonvolutions offre la coloration ardoisée.

II

Rapport de la coloration du cerveau et des eschares du sacrum.

Observation I

Sommaire. — Paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. — Eschares profondes au sacrum.

Femme de vingt-huit ans, sœur aliénée, invasion très lente, pas d'idées de grandeurs, quelques idées hypochondriaques, craintes d'empoisonnement, démence progres-

sive, embarras de parole, faiblesse des jambes, morte dans le marasme après trois ans de séjour à l'hôpital.

Autopsie. — Le cadavre n'offre aucun signe de putréfaction.

Au sacrum, vaste ulcération à bords noirs, avec odeur gangreneuse ; une autre eschare aussi très large sur le grand trochanter droit.

Quelques traces de néo-membranes à la face interne de la dure-mère.

L'arachnoïde viscérale n'est ni opaque ni épaissie.

La pie-mère, à part un peu d'infiltration séreuse, n'offre aucune altération notable, mais *dans quelques points elle est soulevée par des gaz.*

Les membranes enlevées, on observe sur les circonvolutions une teinte légèrement ardoisée, plus marquée le long de la grande scissure interhémisphérique et dans les circonvolutions placées au-dessus du corps calleux.

A la base, l'altération est beaucoup plus prononcée et la teinte ardoisée très étendue.

En mettant le cerveau dans l'eau, il s'en échappe des bulles de gaz.

Les ventricules sont dilatés.

Pas d'odeur putride du cerveau.

Le cervelet, à sa base, offre une coloration ardoisée, très prononcée ; elle est un peu moindre à la face supérieure.

Les membranes du cervelet sont, dans plusieurs points, *infiltrées de pus.*

Odeur putride très manifeste du cervelet.

La pie-mère rachidienne est, dans une partie de son étendue, infiltrée de pus. Liquide sanieux, puriforme à la partie inférieure du canal rachidien et sur la queue de cheval.

Il y avait de l'air infiltré dans la pie-mère rachidienne. Odeur putride de la moelle, mais moins prononcée que celle du cervelet.

La moelle n'était pas ramollie et n'offrait aucune coloration anormale.

La méningite spinale ascendante s'était, comme on le voit, arrêtée ici, à la base du cervelet ; les membranes du cerveau, en effet, n'offraient aucune altération appréciable, et il importe de faire remarquer que cela n'avait point empêché la coloration ardoisée de se produire à la base et sur les circonvolutions qui surmontent le corps calleux.

Observation II

Sommaire. — Paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. — Eschares au sacrum.

Femme de quarante ans. — Démence paralytique à marche lente.

Autopsie. — Eschare très large et profonde au siège, décollement de la peau dans une grande étendue ; le sacrum est à nu.

Le crâne ouvert, on trouve 200 grammes environ de sérosité trouble dans la cavité de l'arachnoïde.

La pie-mère est infiltrée de sérosité grisâtre et contient du pus demi-concret, qui forme une couche très épaisse. A la base, cette altération est encore plus prononcée et l'infiltration purulente plus évidente. Cette pie-mère, très épaissie, s'enlève partout facilement; il n'y a pas d'adhérences.

Les membranes enlevées, on constate à la base du cerveau, sur les lobes antérieurs et moyens, une couleur ardoisée très remarquable, laquelle s'étend aussi sur la convexité des lobes moyens en suivant les scissures. L'incision

de la substance grise, anormalement colorée, fait reconnaître que la lésion occupe toute l'épaisseur de cette substance, mais qu'elle s'arrête à la substance blanche. Les ventricules sont dilatés et remplis de sérosité.

Quelques traces de coloration ardoisée à la base du cervelet.

A la face postérieure de la moelle, il existe une couche pseudo-membraneuse et comme purulente. Il y a dans le bas du canal rachidien de la sérosité trouble. La moelle n'offrait d'ailleurs aucune altération de coloration ni de consistance.

On voit ici la réunion d'eschares très étendues au siège, d'une méningite cérébro-spinale avec infiltration purulente de la pie-mère, et d'une coloration ardoisée très prononcée de la base du cerveau. Il importe de faire remarquer qu'on n'a noté aucune odeur putride (1).

Observation III (M. Calmeil).

Sommaire. — Paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. — Eschares au sacrum.

Homme de trente-neuf ans. — Accidents congestifs, commencement de délire ambitieux, attaques épileptiformes, délire général, embarras de parole, démarche chancelante, état très aigu dans les six dernières semaines.

Autopsie. — Le siège est creusé par une large eschare gangreneuse; les téguments, les muscles et jusqu'aux os de cette région sont baignés dans le pus.

Pas de liquide dans la cavité arachnoïdienne.

(1) Cette observation, que j'ai consignée sur les registres de Charenton, a été aussi recueillie par M. Calmeil qui l'a publiée, mais avec plus de détails, dans son ouvrage sur les maladies inflammatoires du cerveau.

La pie-mère est infiltrée de pus concret, grisâtre, et a une apparence comme couenneuse.

Aucune adhérence de cette membrane à la couche corticale.

Sur le cervelet, même infiltration purulente de la pie-mère.

La moelle est aussi comme enveloppée d'une couche purulente qui masque le tissu nerveux.

Les membranes enlevées, on constate que les circonvolutions ont une teinte noire ardoisée, excepté sur les deux lobes postérieurs.

Même teinte sur le cervelet.

La moelle épinière paraît saine.

La surface de la protubérance annulaire offrait la coloration ardoisée. Il y avait du pus en abondance sur le corps calleux.

On trouve ici réunies la méningite cérébro-spinale purulente, la coloration ardoisée et des eschares profondes au siège.

M. Calmeil ne signale aucune odeur spéciale du cerveau.

Comme exception, on doit noter la coloration ardoisée de la protubérance annulaire.

Observation IV

Sommaire. — Paralysie générale. — Coloration verdâtre du cerveau. — Eschares profondes au sacrum.

Femme de cinquante-six ans. Démence paralytique simple, précédée d'hémiplégie gauche, marche lente, marasme, eschares au siège.

Autopsie. — Le corps ne présente aucune trace de putréfaction (autopsie faite au bout de vingt-quatre heures, le 23 janvier).

Le sacrum est à nu dans presque toute son étendue ; au pourtour, peau décollée, avec clapiers remplis de sanie putride.

Sur les parties latérales de chaque hémisphère, les membranes sont opaques, épaissies, infiltrées d'une couche de sérosité purulente verdâtre, assez épaisse pour cacher complètement les circonvolutions. Mêmes altérations à la base du cerveau.

L'enlèvement des membranes ne fait découvrir que de faibles et rares adhérences sur l'hémisphère gauche ; mais elles sont beaucoup plus prononcées sur l'hémisphère droit.

Les circonvolutions sous-jacentes aux parties infiltrées de pus apparaissent avec une coloration verdâtre très remarquable et qui tranche, de la manière la plus nette, avec les circonvolutions saines qui ont conservé leur coloration normale. La substance grise, dans les parties malades, est moins consistante, mais elle n'est pas ramollie, et les circonvolutions conservent très bien leurs formes.

Les parties verdâtres ont une odeur de putréfaction très prononcée.

Les ventricules latéraux contiennent de la sérosité trouble et un peu de pus.

La fin de cette observation a été égarée ; mais, malgré ses lacunes, elle n'en offre pas moins beaucoup d'intérêt. Il importe, en effet, de faire remarquer :

1° La coloration *verdâtre*, au lieu d'être simplement ardoisée ;

2° L'odeur putride bien manifeste ;

3° L'infiltration purulente des membranes.

Il est très probable que l'eschare du sacrum avec sanie putride, qui avait mis complètement l'os à nu, a été le

point de départ d'une méningite spinale ichoreuse et purulente.

Observation V (M. Camuset)

Sommaire. — Paralysie générale. — Coloration ardoisée verdâtre du cerveau. — Eschares profondes au sacrum.

Homme de trente-sept ans, symptômes de paralysie générale (délire des grandeurs, difficulté de parole, inégalité pupillaire).

Marasme. Eschare profonde au sacrum; l'os est à nu dans une large étendue.

Je donne textuellement l'autopsie faite par MM. Camuset et Dupain.

Autopsie. — Aussitôt la dure-mère fendue, il s'écoule une quantité considérable de liquide céphalo-rachidien louche.

Teinte ardoisée (brun verdâtre et analogue à la teinte des cadavres en putréfaction) de toutes les parties suivantes de l'encéphale :

1° La base du cerveau : la teinte s'arrête en avant vers le bord inférieur des lobes frontaux; latéralement et en arrière, elle s'élève jusqu'à la partie moyenne des faces convexes, dépasse la scissure sylvienne et s'arrête au niveau du lobe du pli courbe;

2° Tout le mesocéphale;

3° Tout le cervelet.

Les parties teintées sont les *méninges*, et la substance grise de toutes les parties précitées : substance grise corticale et substance grise des noyaux centraux. C'est ainsi qu'à la coupe on voit *les couches optiques* et les *corps striés* d'un *gris ardoisé vert très prononcé. — Le corps rhomboïde du cervelet est également vert.*

La substance blanche a conservé sa couleur normale.

Il y a, par conséquent, une sorte d'imbibition de couleur verte des méninges et de toutes les *parties grises du centre nerveux*, jusqu'à la limite indiquée plus haut.

Enfin, il existe du pus dans deux endroits :

1° Une petite collection en nappe au niveau de l'hémisphère gauche du cervelet (sous les méninges);

2° Dans le quatrième ventricule, sur la substance nerveuse, et, par conséquent, sous les méninges.

Les autres lésions de la paralysie générale : adhérences méningées corticales, ramollissement de la substance grise, sont particulièrement prononcées aux endroits verts. Il est impossible d'enlever les membranes en ces régions. On arrive à faire une pulpe verdâtre qui, enlevée, laisse voir la substance blanche des circonvolutions avec sa consistance et sa teinte normales.

M. Camuset fait remarquer combien il est regrettable que le canal rachidien n'ait pas été ouvert; mais, malgré cette lacune, son observation n'en présente pas moins un très grand intérêt.

Le fait important ici, c'est que la coloration d'un gris ardoisé vert porte aussi bien sur les noyaux centraux de substance grise que sur la substance corticale; ce qu'il y a surtout de très remarquable, c'est la coloration du corps rhomboïde du cervelet. Je reviendrai plus loin sur ce point.

Observation VI

Sommaire. — Paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. — Eschares au sacrum.

Homme de trente-neuf ans, mort de paralysie générale après avoir été soumis à un traitement antiphlogistique énergique. Il avait une eschare au sacrum et d'autres plus petites aux diverses parties du corps.

Autopsie. — Opacité de l'arachnoïde et infiltration séreuse de la pie-mère à la face supérieure des hémisphères. A la base, au contraire, il n'y a point d'infiltration et les membranes sont peu épaissies; quelques adhérences à la couche corticale près des nerfs olfactifs et sur les circonvolutions de l'hippocampe.

Autour de la grande fente de Bichat existe *une coloration ardoisée*, très prononcée, surtout sur les circonvolutions de l'hippocampe; cette coloration va en diminuant graduellement vers les parties externes. Deux lobules du cervelet offrent cette même teinte ardoisée.

En incisant les parties colorées, on peut constater que la teinte ardoisée occupe toute l'épaisseur de la substance grise aussi bien sur le cerveau que sur le cervelet. Cette substance n'est pas ramollie, mais sa consistance est plus faible.

La coloration existe aussi, mais à un plus faible degré, sur les corps striés et les couches optiques.

Le cerveau et le cervelet exhalent une odeur putride.

Cette observation, la première que j'ai publiée, a été recueillie par moi à l'hospice de la Senavra de Milan (1).

Outre les six observations que je viens de rapporter, j'en ai réuni six autres dans lesquelles il n'est fait aucune mention des eschares.

On trouve, dans l'ouvrage de Parchappe, deux cas de ce genre, mais il importe de faire remarquer que l'auteur, qui a publié cent cas de folie paralytique, n'a jamais rien dit des eschares. Les deux malades avaient succombé dans le marasme, et le cerveau, dans les deux cas, avait une odeur fétide.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1857, tome III (De la paralysie générale à l'hospice de la Senavra).

J'ai moi-même présenté à l'Académie de médecine, en 1858, mais sans parler des eschares, le cerveau d'une aliénée paralytique qui, comme dans les observations de Parchappe, avait une coloration ardoisée et une odeur fétide très marquée.

Il est très probable que, dans les cas que je viens de rappeler, les malades avaient des eschares au siège, mais on a omis de les mentionner.

Je crois devoir ajouter que, si ces observations ne peuvent être invoquées pour démontrer le rapport de la coloration ardoisée et des eschares, il existe, en dehors de la paralysie générale, des cas dans lesquels se trouvent réunies les deux conditions de la coloration ardoisée et des eschares au sacrum. Tels sont les trois faits suivants :

Observation VII

Sommaire. — Manie chronique. — Coloration bleue du cerveau. — Eschares profondes au sacrum.

Femme de soixante-douze ans. — Atteinte de manie chronique, fracture du col du fémur droit, vastes eschares au siège et aux cuisses. Morte dans un état de marasme.

Autopsie. — Il n'y a que peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, la pie-mère est infiltrée et s'enlève facilement.

A la réunion du lobe postérieur droit et du lobe moyen, il y a *trois circonvolutions ayant une teinte bleuâtre*. La consistance de ces circonvolutions a diminué, mais il n'y a pas de ramollissement proprement dit.

Les parties bleues exhalent une odeur putride.

Sur la *partie correspondante de l'hémisphère gauche*, même altération, mais moins avancée.

Il importe de faire remarquer qu'au delà de cette altération les extrémités des lobes postérieurs étaient saines.

La coloration anormale n'existait presque que dans les points indiqués de la convexité de deux hémisphères, mais il y en avait quelques traces peu appréciables à la base.

Le cervelet est très mou, mais sans coloration anormale ; la moelle n'a pas été examinée.

Le sommet des deux poumons est comme splénisé, friable et exhale, comme le cerveau, une *odeur de gangrène* bien manifeste.

Ce qu'il importe de faire remarquer ici, c'est la limitation *symétrique de la lésion sur* trois circonvolutions de la face supérieure des hémisphères.

Observation VIII

Sommaire. — Pachyméningite simulant une paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. — Eschares profondes au sacrum.

Cette observation a été publiée avec détails par M. Mabille (*Annales médico-psychologiques,* 1884, t. XII, p. 51); je me borne à faire remarquer qu'il n'y avait aucune trace d'infiltration purulente dans les membranes qui n'étaient ni épaissies ni adhérentes à la couche corticale. Il importe aussi de noter qu'il n'y avait pas d'odeur putride.

Observation IX

Sommaire. — Pleurésie chronique. — Coloration ardoisée du cerveau et de la moelle. — Eschares au sacrum.

Cette observation, qui m'a été communiquée par M. Ballet, a été recueillie par lui à Lariboisière, dans le service de M. Proust.

Le malade avait une eschare profonde au siège et, en ouvrant le canal rachidien, on put constater que la queue

de cheval baignait dans le pus et que la moelle, dans toute son étendue, était elle-même enveloppée d'une couche purulente, laquelle s'étendait jusqu'à la base du cerveau.

A l'inspection et à la coupe, la substance de la moelle et du cerveau présente, sur certains points, une coloration bleuâtre ou ardoisée disposée par plaques. Ces plaques sont larges, nombreuses et rapprochées au niveau de la moelle, surtout à la région lombaire. Elles sont superficielles et pénètrent un peu dans la profondeur.

A la base du cerveau il existe un certain nombre de ces plaques, les unes tout à fait superficielles ; les autres, plus profondes, occupent le pédoncule, la capsule interne et le noyau extraventriculaire du corps strié.

Je viens de citer neuf observations de coloration ardoisée du cerveau et, dans les neuf cas, les malades avaient des eschares profondes au sacrum. Or, je ne connais aucun fait dans lequel la lésion se soit produite sans la condition des eschares. Il n'y a jusqu'ici d'exception que pour des malades qui avaient des lésions des os du crâne ou des otites suivies de méningites purulentes.

On a, il est vrai, parlé de gangrène du cerveau avec coloration ardoisée survenue spontanément et en dehors des conditions que je viens d'indiquer, mais je ne connais aucune observation de ce genre. Il suffirait, d'ailleurs, qu'il existât dans le poumon ou ailleurs quelque foyer gangreneux pour expliquer ces faits. Quoi qu'il en soit, on peut, je crois, regarder comme démontré le rapport qui existe entre les foyers septiques constitués par les eschares de la région sacrée et la coloration ardoisée du cerveau accompagnée le plus souvent d'odeur putride.

Aucun doute, surtout, ne peut avoir lieu lorsque les eschares sont le point de départ d'une méningite cérébro-spinale. « Dans les cas de ce genre, dit M. Charcot, un

« liquide puriforme, grisâtre, âcre et fétide, imbibe les « méninges et la moelle elle-même, tantôt dans la partie « la plus inférieure seulement, tantôt dans toute sa hau- « teur. Ce liquide se retrouve, quelquefois, à la base de « l'encéphale, dans le quatrième ventricule, l'aqueduc de « Sylvius et jusque dans les ventricules latéraux. Dans « tous ces points, la substance cérébrale est teintée, à sa « surface et dans une certaine étendue en profondeur, « *d'une coloration ardoisée, bleuâtre*, laquelle, à plusieurs « reprises, a été considérée, bien à tort, comme constituant « un des caractères de la gangrène du cerveau (1). »

D'autre part, M. Calmeil, qui a observé chez des aliénés paralytiques un certain nombre de cas de méningites purulentes, ne manque pas de les rapprocher de la coloration ardoisée.

Dans un cas où le pus avait été trouvé en abondance sur toute l'étendue de l'axe encéphalo-rachidien, il ajoute : « Dans les cas de ce genre, la substance corticale ne man- « que presque jamais de se colorer en noir ; ce sont vrai- « semblablement, ajoute-t-il, des acides à bases de soufre « qui lui impriment alors cette coloration (2). »

Quoi qu'il en soit de l'explication, je crois devoir insister sur cette remarque de M. Calmeil, que, dans les méningites cérébro-spinales purulentes chez les aliénés paralytiques, *la coloration ardoisée ne manque presque jamais*.

Or, les méningites cérébro-spinales chez les aliénés paralytiques ont presque toujours leur point de départ dans les eschares du siège.

Bien que M. Calmeil n'ait pas soupçonné le rapport de la coloration ardoisée et des eschares de la région sacrée,

(1) Charcot, *Leçons*.
(2) Calmeil, *loco citato*, p. 190.

les deux malades, dont il a publié les observations, avaient tous les deux de larges plaies gangreneuses au sacrum.

Le fait que j'ai signalé en 1863 ne me paraît donc pas pouvoir être révoqué en doute, et je crois inutile d'insister davantage pour établir le rapport des eschares du siège et de la coloration ardoisée d'une partie des circonvolutions du cerveau.

III

Mode de production et nature de la coloration ardoisée du cerveau.

Il reste à déterminer comment la lésion se produit et quelle est sa nature.

La solution de ces questions me paraît aujourd'hui fort difficile et ne pourra, à mon avis, avoir lieu qu'à l'aide d'observations nouvelles plus complètes.

Je crois devoir rappeler que deux opinions ont été émises :

1° On a attribué la coloration ardoisée des circonvolutions à une simple imbibition du pus ichoreux infiltré dans les membranes ;

2° La lésion a été regardée comme un des caractères de la gangrène du cerveau.

Il importe, avant tout, de faire remarquer qu'il y a lieu, pour juger ces questions, de distinguer deux ordres de faits.

Dans les uns, la coloration ardoisée du cerveau est accompagnée d'infiltration purulente de la pie-mère.

Dans les autres, on ne découvre aucune trace de pus.

Or, on comprend que s'il est possible, dans le premier cas, d'expliquer la coloration ardoisée par une simple imbibition de pus ichoreux, il n'en est plus de même, lorsque la présence de ce pus ichoreux ne peut être constatée dans

les membranes. J'ai déjà cité plus haut deux observations de ce genre. En voici une troisième, recueillie dans mon service, et qui a été communiquée à la Société anatomique par un de mes anciens internes, M. Charrier ; je me borne à en donner un extrait.

Observation X

Sommaire. — Paralysie générale. — Coloration ardoisée du cerveau. — Aucune mention d'eschares au siège.

La malade offrait tous les symptômes de la paralysie générale, embarras de la parole, tremblement des membres, impossibilité de la station, inégalité des pupilles, délire des grandeurs, signes de démence.

Il n'est rien dit dans l'observation des eschares au siège, mais il importe de faire remarquer que la malade, qui ne se tenait déjà plus sur ses jambes à son entrée à l'hospice, était restée longtemps au lit, qu'elle avait eu de la diarrhée, de la contracture des extrémités inférieures et était graduellement tombée dans le marasme. Il est donc très probable que, dans ce cas comme dans ceux que j'ai rapportés plus haut, il existait des eschares au siège, mais qu'on n'en a pas fait mention, l'importance de ce fait n'ayant pas attiré l'attention pour les cas de coloration ardoisée du cerveau.

Autopsie. — Les circonvolutions de la base du cerveau offrent une coloration bleuâtre ardoisée qui se propage de chaque côté aux circonvolutions de la scissure de Sylvius.

Les nerfs optiques et olfactifs conservent leur coloration normale, bien que reposant sur des parties colorées. Le cervelet et la protubérance n'offrent rien de particulier.

Consistance moindre des circonvolutions colorées, qu'un filet d'eau suffit pour désagréger.

La coloration ardoisée comprend toute l'épaisseur de la substance grise, mais s'arrête brusquement à la substance blanche.

Il n'y avait d'adhérences à la couche corticale que dans une petite étendue, près des glandes de Pacchioni.

Les parties colorées *n'exhalent aucune mauvaise odeur*.

La moelle n'offre aucune coloration anormale, non plus que les membranes qui paraissent saines. On note seulement un ramollissement de la moelle d'un centimètre environ d'étendue vers la première vertèbre lombaire.

Il importe, je crois, pour ce fait, de faire remarquer :

1° La coloration ardoisée sans méningite spinale ;

2° L'absence de pus à la surface du cerveau, dans les ventricules, sur le cervelet et dans le canal rachidien ;

3° La coloration ardoisée sans odeur putride des parties colorées.

Ces deux dernières circonstances font d'autant plus regretter qu'on n'ait rien dit des eschares du siège (1).

Il est donc bien certain, comme le démontrent ces faits, que la coloration ardoisée d'une partie des circonvolutions peut se produire sans qu'il y ait aucune trace de pus ichoreux dans les membranes ; et, comme je l'ai déjà dit plus haut, il est impossible, dans les cas de ce genre, d'attribuer la lésion à une simple imbibition.

Une observation récente, recueillie à l'asile de Vaucluse par M. Camuset, suffirait seule, d'ailleurs, pour trancher la question : la coloration anormale a été constatée dans le corps rhomboïde du cervelet, alors que la substance blanche qui l'entoure n'offrait aucune altération.

Il y a donc des cas où, pour expliquer la coloration

(1) Voir, pour plus de détails, le *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 368.

ardoisée d'une partie des circonvolutions, on ne peut qu'admettre l'absorption de la matière putride et son transport par la circulation. Je me bornerai à rappeler le passage suivant d'un travail publié, sur ce sujet, par MM. Charcot et Ball : « On comprend, disent-ils, que les « parcelles fibrineuses qui se détachent d'un foyer gan- « greneux, et vont se fixer dans les artères capillaires d'un « organe, ne produiront pas dans cet organe les mêmes « altérations qu'y produiraient des embolies ordinaires. — « Celles-ci déterminent, en général, comme on sait, soit « l'inflammation simple des parties, soit encore une extra- « vasation sanguine, dont la conséquence habituelle est « la formation d'altérations connues aujourd'hui sous le « nom de dépôts fibrineux multiples ; celles-là, impré- « gnées de liquides septiques qu'elles ont puisés au foyer « gangreneux, d'où elles proviennent, sont nécessaire- « ment douées de propriétés chimiques spéciales. Elles « devront, par conséquent, modifier d'une manière toute « particulière, la vitalité des tissus au milieu desquels elles « viendront se fixer. Le travail inflammatoire qu'elles « feront naître sera d'un genre à part et caractérisé surtout « par une tendance prononcée à la fonte putride et à la « dégénération gangreneuse (1). »

Tout cela, comme on voit, s'applique très bien aux lésions qu'on observe dans le cerveau, lorsqu'un plus ou moins grand nombre de circonvolutions présentent la coloration ardoisée, ou bleue ou verdâtre. Il suffit de rappeler que, dans plus de la moitié des cas, il y a une odeur putride manifeste et que la perte de consistance peut presque aller jusqu'au ramollissement.

Je crois devoir rappeler que M. Calmeil a reconnu, par

(1) *Union médicale*, 1860, p. 186.

l'examen microscopique, que la substance grise ardoisée était imprégnée d'un grand nombre de globules de pus et que la coloration anormale s'atténuait et disparaissait à mesure que ces globules devenaient moins nombreux. On pouvait donc, dans ce cas au moins, leur attribuer la coloration anormale de la substance grise. Or, il faut se reporter ici à tout ce qu'on a dit pour expliquer les diverses colorations du pus.

En résumé, on voit que la coloration ardoisée, bleue ou verdâtre, d'un certain nombre de circonvolutions du cerveau peut se présenter par deux conditions très différentes :

1° Avec la méningite cérébro-spinale et infiltration de la pie-mère par du pus ichoreux et, dans ce cas, il est peut-être possible d'expliquer la lésion par une simple imbibition de la substance grise sous-jacente;

2° Que la même lésion peut s'observer sans méningite cérébro-spinale purulente et, par conséquent, sans infiltration de la pie-mère par le pus ichoreux. Dans les cas de ce genre, l'explication par simple imbibition des tissus n'étant plus admissible, il nous semble que la coloration ardoisée ou verdâtre, le plus souvent avec odeur putride du cerveau, doit être attribuée à l'absorption du pus ichoreux qui, comme le disent MM. Charcot et Ball, fait naître dans les tissus où il est transporté une inflammation d'un genre à part et caractérisée surtout par une tendance prononcée à la fonte putride et à la dégénérescence gangreneuse.

IV

Fréquence relative de la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale.

Dans une communication, faite à l'Académie de médecine en 1858, sur la coloration ardoisée du cerveau, je faisais re-

marquer que cette lésion « semblait se rencontrer presque exclusivement chez les malades atteints de démence paralytique (1) ». C'était peut-être aller trop loin, mais il n'en reste pas moins démontré qu'elle se rencontre avec une fréquence relativement beaucoup plus grande dans la paralysie générale que dans les autres maladies.

Ce fait paraît, d'ailleurs, assez facile à expliquer.

Il y a dans la paralysie générale une disposition gangreneuse sur laquelle tout le monde est d'accord. Elle est surtout très prononcée chez les paralytiques atteints de mélancolie avec délire hypochondriaque.

D'autre part, on sait que, quand la démence paralytique parcourt toutes ses phases, les malades meurent dans le marasme, après avoir été alités plusieurs mois dans un état presque complet d'immobilité.

Rien de plus simple, dans de pareilles conditions, que de voir se former, dans la région sacrée, des eschares larges et profondes, imprégnées de sanie putride, et qui mettent l'os à nu.

La vie pouvant se prolonger ainsi assez longtemps, on comprend comment le ligament sacro-coccygien est quelquefois altéré ou même en partie détruit. — La sanie putride pénètre alors dans le canal rachidien et détermine des méningites spinales purulentes qui peuvent s'étendre au cerveau.

Or, on a vu plus haut quel rapport étroit M. Calmeil et M. Charcot ont établi entre l'infiltration purulente de la pie-mère cérébrale et la coloration ardoisée des circonvolutions.

Mais parmi les observations citées dans ce travail, il en est qui prouvent que la coloration ardoisée du cerveau se

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, p. 207.

produit quelquefois sans méningite purulente, et qu'elle ne peut être attribuée alors qu'à l'absorption des matières putrides, absorption facile à comprendre dans les conditions indiquées plus haut. — Il y a, d'ailleurs, bien longtemps déjà, que Foville père avait signalé « le transport dans le poumon d'une partie du fluide qui baigne les eschares du siège. »

Ainsi, la fréquence relative de la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale s'explique très bien par la disposition gangreneuse, d'une part, et, de l'autre, par l'étendue des eschares du sacrum et la prolongation de la vie des malades qui meurent dans le marasme paralytique.

Avant de terminer, il me paraît important de rappeler que les eschares du sacrum peuvent provoquer des méningites spinales purulentes, sans coloration ardoisée du cerveau.

Plusieurs chirurgiens, et entre autres Lisfranc, Blandin et Nélaton, avaient depuis longtemps signalé des faits de ce genre. Olivier d'Angers, dans son *Traité des maladies de la moelle épinière*, a aussi indiqué, à plusieurs reprises, et comme une grave complication, ces méningites spinales consécutives aux eschares du siège.

Cependant, aucun des auteurs que je viens de citer n'a parlé de la coloration ardoisée du cerveau, et il n'est guère admissible qu'une pareille lésion n'eût pas été signalée par eux si elle avait existé.

J'ai d'ailleurs observé moi-même, chez des aliénés paralytiques, deux cas de ce genre, dont l'un a été communiqué à la Société médico-psychologique. L'autre a été publié par un de mes anciens internes, M. Geoffroy.

Comme on le voit, les lésions cérébro-spinales, consécutives aux eschares du siège, comprennent trois ordres de faits :

Ces eschares peuvent provoquer :

1° La coloration ardoisée du cerveau avec méningites purulentes ;

2° La coloration ardoisée sans méningite purulente ;

3° Des méningites purulentes sans coloration ardoisée des circonvolutions.

En résumé :

1° La coloration ardoisée d'une partie des circonvolutions du cerveau, à part les lésions des os du crâne et les otites purulentes, est étroitement liée aux eschares du sacrum ;

2° Elle est tantôt accompagnée de méningites ichoreuses et purulentes, et peut alors s'expliquer, peut-être, par une simple imbibition de la matière ichoreuse ;

3° On l'observe aussi sans méningite purulente, et elle ne peut, dans ces cas, être attribuée qu'à l'absorption des matières putrides des eschares.

TROISIÈME PARTIE

I

DE LA DÉCOUVERTE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DES DOCTRINES ÉMISES PAR LES PREMIERS AUTEURS

La paralysie générale tient désormais une place considérable dans l'étude des maladies mentales, et il suffit, pour s'en convaincre, de considérer le nombre des travaux déjà publiés sur ce sujet. D'autre part, la fréquence de cette redoutable maladie semble augmenter chaque jour; c'est au moins ce que tendent à prouver les statistiques les plus récentes faites dans les principaux asiles d'aliénés, surtout ceux des grands centres de population.

Malheureusement, les faits qui se présentent chaque jour à l'observation sont bien loin d'avoir tous des caractères identiques, et sont interprétés d'une manière très différente.

Les dissidences entre les médecins sont donc nombreuses, et la discussion récemment engagée à la Société médico-psychologique n'a servi qu'à les faire ressortir de plus en plus.

En attendant que de nouvelles recherches viennent peu à peu éclairer les points en litige, il m'a semblé qu'il ne serait pas sans intérêt et sans utilité, pour un sujet si important, si complexe et si diversement envisagé, de revenir au point de départ, d'étudier les premiers travaux, de bien déterminer surtout quelles ont été les premières doctrines. Comme il est arrivé pour beaucoup de découvertes, celle de la paralysie générale n'a pas été faite tout entière de prime abord, et la maladie n'a été que peu à peu constituée telle qu'on la comprend le plus généralement aujourd'hui.

C'est cette sorte d'évolution que je me propose d'étudier.

Il y a d'ailleurs ici deux questions qu'on peut séparer : la question des symptômes essentiels, puis celle des lésions anatomiques.

Cette seconde question est beaucoup plus facile à traiter que la première. Sur ce point, en effet, si les dissidences sont aussi nombreuses, au moins les opinions ont-elles été exposées avec clarté. Il n'y a donc guère qu'à les enregistrer et à les discuter.

Il n'en est pas de même de la première question.

L'opinion qu'on s'est faite des symptômes pathognomoniques de la paralysie générale est bien loin d'être toujours clairement exprimée.

Cette question d'ailleurs en soulève une autre à laquelle elle est intimement liée. Je veux parler des rapports de la paralysie générale et de la folie, et, sur ce point encore, il est souvent difficile de pénétrer au juste l'opinion qu'on a voulu exprimer. Au risque d'être trop long, j'ai cru devoir

citer textuellement les auteurs, pour permettre de contrôler le jugement que je porte.

Des symptômes pathognomoniques de la paralysie générale et des rapports de cette maladie avec la folie.

ESQUIROL (1814-1816).

L'opinion qu'Esquirol se faisait de la paralysie générale a été exprimée avec une clarté et une précision qu'on est loin de trouver dans tous les auteurs qui l'ont suivi. Pour lui, la paralysie qui venait compliquer la folie, comme le scorbut ou la phthisie pulmonaire, n'était essentiellement caractérisée, comme les autres paralysies, que par les lésions du mouvement (1). Les descriptions suivantes, quoique extrêmement succintes, ne lui laissent aucun doute sur ce que je viens d'avancer.

« Lorsque la paralysie complique la démence, dit Esquirol, tous les symptômes paralytiques se manifestent successivement ; d'abord l'articulation des sons est gênée ; bientôt après, la locomotion s'exécute avec difficulté ; enfin, les déjections sont involontaires, etc. *Tous ces épiphénomènes ne doivent pas être confondus avec les symptômes qui caractérisent la démence, pas plus que les signes du scorbut qui complique souvent cette maladie ne peuvent être pris pour elle* (2). »

Quatre ans plus tard, Esquirol indique de nouveau les

(1) Il n'est ici question que des symptômes essentiels et pathognomoniques, c'est-à-dire de ceux sans lesquels la maladie n'existe jamais lorsqu'elle est arrivée à son complet développement. Je ne parle donc pas des lésions de la sensibilité générale qui, quoique très réelles, sont souvent trop difficiles à constater, trop variables et trop peu importantes pour prendre rang parmi les symptômes essentiels.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. VIII, p. 283.

principaux symptômes de la paralysie générale, mais sans mentionner les lésions de l'intelligence.

« La moitié des aliénés qui succombent sont paralytiques. Ces individus, dit-il, ont plus ou moins d'embarras dans l'articulation des sons; ils déraisonnent quelquefois, très peu au début de la maladie; après quelques mois ou un an, s'ils n'ont engraissé beaucoup, ils deviennent très maigres, ils s'affaiblissent, marchent avec peine, se penchent ordinairement sur le côté gauche; les déjections deviennent involontaires, sans être plus humides; il y a incontinence d'urine; l'embarras de la langue augmente; les forces diminuent, quoi qu'ils fassent de l'exercice et que l'appétit soit vorace; dès qu'ils s'alitent, il se forme aussitôt des eschares gangreneuses au coccyx, aux trochanters, aux talons, aux coudes; ces gangrènes humides font des progrès rapides, dénudent bientôt les os; l'odeur est affreuse; la fièvre se développe; le pouls est très faible; les frissons précèdent la mort d'un ou de deux jours; les extrémités, les membres sont violets et froids ; le pouls ne se fait plus sentir; les malades meurent (1). »

Les deux passages que je viens de citer permettent de juger comment Esquirol envisageait la maladie. On voit qu'il n'indique que les seules lésions des mouvements. Mais ce qu'il importe surtout de retenir pour le sujet de cette étude, c'est le soin que prend l'auteur de faire remarquer que, chez l'aliéné paralytique, les signes de paralysie ne doivent pas être confondus avec les signes de démence, « *pas plus que les signes du scorbut qui complique souvent cette maladie ne peuvent être pris pour elle.* »

Assurément aucun doute n'est possible. Il est bien évident qu'à cette époque la démence et la paralysie qui se

(1) *Dictionnaire des sciences médicales,* t. XVI, p. 211.

trouvaient réunies chez le même malade étaient considérées comme deux affections complètement distinctes.

Il y avait donc chez le dément paralytique deux maladies : la démence et la paralysie, comme chez d'autres la démence et le scorbut, et chez d'autres encore la démence et la phthisie pulmonaire.

La paralysie générale n'était donc principalement caractérisée, comme les autres paralysies, que pour un seul ordre de symptômes essentiels, la lésion des mouvements. Elle n'était, pour Esquirol, qu'une complication de l'aliénation mentale.

GEORGET (1820) (1).

L'opinion de Georget est en tout conforme à celle d'Esquirol ; mais, au lieu de s'en tenir à ce mot vague de *paralysie*, au lieu de considérer ici les lésions des mouvements comme des *épiphénomènes*, Georget admet qu'elles constituent une *espèce spéciale de paralysie* à laquelle il donne une dénomination nouvelle, celle de *paralysie musculaire chronique*.

La maladie, introduite ainsi dans le cadre des paralysies, n'a d'ailleurs pour Georget qu'un seul ordre de symptômes pathognomoniques. Il parle, en effet, de la démence et de cette paralysie comme de deux affections distinctes ; c'est ce que prouve le passage suivant :

« La démence termine toutes les folies qui deviennent incurables, pourvu que les malades existent encore assez de temps pour que cette transformation puisse avoir lieu, ce qui arrive presque toujours. La désorganisation qui produit cet état mental occasionne en même temps, dans plus de la moitié des cas, *une autre maladie* nerveuse, la

(1) *De la folie*, par Georget, 1 vol. in-8.

paralysie musculaire, partiellement ou généralement. » (Page 119.)

Pour Georget, la paralysie générale n'est d'ailleurs, comme pour Esquirol, qu'une complication de la folie : c'est au chapitre des complications qu'il traite de cette maladie, en même temps que du scorbut et de la phthisie pulmonaire.

Il note que cette complication « se montre en même temps que le développement de la folie, mais que, le plus souvent, ce n'est que la seconde, la troisième année ou plus tard qu'elle se manifeste ». (Page 469.)

Je dois ajouter que cette manière d'envisager la paralysie générale n'avait pas empêché Georget de reconnaître un fait d'une extrême importance. Je veux parler de l'influence que la paralysie générale exerce sur la marche de la démence. « Ses progrès, dit-il, sont accompagnés de la diminution successive, et enfin de la perte totale de l'exercice intellectuel. » (Page 470.)

La paralysie générale était une complication de la folie ; mais quand cette complication s'établissait, elle modifiait profondément l'état intellectuel. Il se passait probablement là, pour Georget, quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans beaucoup de cas pour l'épilepsie, laquelle entraîne aussi très souvent « la diminution successive et enfin la perte totale de l'exercice intellectuel ».

C'est dans cet ordre d'idées qu'Haslam avait pu dire que les affections paralytiques sont une cause fréquente de folie (1). Cependant, on n'a pas pour cela confondu la cause et l'effet : la paralysie et la folie n'en sont pas moins restées deux affections distinctes.

Telle est la manière dont Georget a envisagé la para-

(1) Voir, plus loin, le passage extrait de l'ouvrage du médecin anglais.

lysie générale; et, s'il a un peu agrandi l'histoire de la maladie, il n'a pas, quant au fond, modifié la doctrine d'Esquirol.

La description de Georget est plus détaillée que celle d'Esquirol, mais elle contient des faits qui doivent aujourd'hui paraître étranges, et prouvent que la maladie était encore mal délimitée. Cependant, il est juste de reconnaître que cet auteur a, le premier, indiqué la paralysie générale comme une affection spéciale, qu'il lui a donné la première dénomination qu'elle ait eue pour la distinguer des autres paralysies; enfin, qu'il a divisé son cours en trois périodes. Voici, d'ailleurs, cette description, que je reproduis ici pour prouver qu'il restait encore beaucoup à ajouter, et surtout d'assez graves inexactitudes à rectifier.

« La paralysie musculaire chronique est beaucoup plus fréquente, et aussi moins promptement funeste que la précédente. Elle se montre quelquefois en même temps que le développement de la folie chez les personnes de quarante-cinq à cinquante-cinq ou soixante ans, et en dénote l'incurabilité; le plus souvent, ce n'est que la seconde, la troisième année, ou plus tard, qu'elle se manifeste. Elle s'établit ordinairement lentement et d'abord partiellement, et devient ensuite générale et absolue. Ses progrès sont accompagnés de la diminution successive, et enfin de la perte totale de l'exercice intellectuel. On peut en diviser le cours, depuis son commencement jusqu'à la mort des malades, en trois degrés :

« *Premier degré.* — La paralysie commence presque toujours par se déclarer dans les muscles de la langue; très souvent elle y reste même bornée pendant longtemps avant de s'étendre ailleurs. La malade éprouve de la difficulté à parler, prononce mal ou lentement les mots, balbutie plus ou moins; la langue, tirée hors de la bouche, ne se porte pas

plutôt d'un côté que de l'autre, et semble affectée généralement. D'autres phénomènes se joignent bientôt à celui-là. Si la malade peut rendre compte de son état, elle se plaint d'éprouver, soit d'un côté seulement, ou des deux côtés en même temps, de l'engourdissement dans les membres, un sentiment de picotement, de formication dans les mains, les pieds, le long des trajets nerveux, des douleurs de tête plus ou moins générales, quelquefois très circonscrites et ordinairement du côté opposé à la paralysie, quelquefois néanmoins du même côté; les mouvements deviennent moins faciles, plus lents; le malade finit par ne plus pouvoir se servir que des membres d'un côté. Toutes les autres fonctions sont régulières; la digestion surtout se fait très bien, l'embonpoint ne diminue pas. Ce premier degré peut durer fort longtemps, plusieurs années, sans que la santé générale paraisse en souffrir.

« *Second degré.* — La malade est entièrement paralysée d'une moitié du corps ou de toutes les deux; elle ne peut plus marcher ni se tenir debout. On est forcé de la tenir couchée continuellement; elle peut à peine prononcer quelques mots qui, du reste, sont tout à fait insignifiants, car l'intelligence est anéantie. L'embonpoint ne diminue point encore, la digestion est excellente. Les signes que j'ai indiqués pour l'irritation chronique se présentent ordinairement à cette époque; le pouls offre de la fréquence, de la dureté; l'après-midi, les joues de la malade se colorent; elle a soif. Ce second degré peut durer depuis quelques mois, jusqu'à une année et plus.

« *Troisième degré.* — Ce degré comprend les derniers mois de l'existence. Il est caractérisé par l'augmentation de la paralysie, de telle sorte que les malades sont comme des masses inertes: elles se décolorent, pâlissent, maigrissent. L'appétit se perd, il survient du dévoiement ou une

constipation opiniâtre, et enfin la mort ne tarde pas à mettre un terme à ces maux. L'intelligence est tout à fait nulle: les paralytiques restent quelquefois une année ou plus sans proférer une seule parole, sans demander à satisfaire leurs besoins. » (Page 469.)

BAYLE (1822) (1).

Esquirol, chez le dément paralytique, voyait dans la démence et la paralysie deux maladies aussi distinctes que la démence et le scorbut.

Georget, tout en donnant à cette paralysie une dénomination spéciale, adoptait la même opinion.

Bayle, à cette doctrine, en substitue une autre toute différente.

Dans les deux prétendues maladies qu'on considérait avant lui comme se compliquant, il ne reconnaît que deux ordres de symptômes concourant, au même degré, à caractériser une seule et même affection. S'appuyant sur ce fait que les lésions de l'intelligence et les lésions des mouvements se développent dans un ordre déterminé et parallèlement, il en conclut qu'il n'y a pas là deux maladies, mais une seule. « Ce parallèle fait à toutes les époques de la maladie, nous offre, dit-il, un rapport constant entre le délire et la paralysie. On voit celui-ci parcourir tous les degrés qui séparent l'aliénation de la destruction entière des facultés de l'entendement, pendant le temps que celui-ci parvient du simple embarras des mouvements jusqu'à l'immobilité presque complète de tous les organes de l'appareil locomoteur. On ne saurait donc se refuser d'admettre que ces deux ordres de phénomènes sont les symptômes

(1) Bayle, *Recherches sur l'arachnitis chronique*, thèse. Paris, 1822, p. 25.

d'une même maladie, c'est-à-dire d'une arachnitis chronique. » (Page 25.)

Comme on le voit, cette doctrine faisait disparaître l'idée de complication.

Elle entraînait une autre conséquence.

Tant qu'on n'avait vu qu'un seul ordre de symptômes pathognomoniques, la lésion générale des mouvements, la classification de la maladie ne soulevait aucune difficulté. On la rangeait dans la classe des paralysies dont elle formait une espèce spéciale. Mais désormais, au lieu d'un seul ordre de symptômes essentiels, on en admettait deux. Il y avait donc lieu d'examiner si la maladie nouvelle, caractérisée par la double lésion de l'intelligence et des mouvements, devait être plutôt rangée dans le cadre des folies que dans celui des paralysies.

Bayle a tranché cette question en faisant de la maladie nouvelle, non plus une espèce de paralysie, mais une espèce d'aliénation mentale que, d'après la cause anatomique à laquelle il l'attribue, il désigne sous la dénomination d'*arachnitis chronique*.

Telle est la doctrine de Bayle, exposée dans un premier travail publié en 1822.

Un fait d'une extrême importance et tout à fait nouveau est signalé dans le même travail, c'est le rapport étiologique de la congestion cérébrale de la paralysie générale. « Cette maladie, dit Bayle, reconnaît un grand nombre de causes prédisposantes et occasionnelles ; mais chacune d'elles n'agit qu'en appelant le sang vers le cerveau et l'accumulant dans les vaisseaux de la pie-mère et de l'encéphale. La congestion cérébrale, lente ou subite qui en résulte, est la cause nécessaire et prochaine de la maladie. » (Page 40.)

C'est dans ce travail de Bayle qu'ont été publiées les

premières observations cliniques de paralysie générale. Ces observations très détaillées sont aussi complètes qu'aucune de celles qui ont paru depuis. Le tableau qu'il trace des symptômes et de la marche de la maladie en renferme désormais tous les traits essentiels. C'est ce dont on pourra se convaincre par la citation suivante :

« Les symptômes de l'arachnitis chronique peuvent tous se réduire à une paralysie générale et incomplète et au dérangement des facultés intellectuelles. Ces deux ordres de phénomènes marchent d'un pas égal et proportionnel, et peuvent faire diviser la maladie en trois périodes.

Dans la première, la prononciation est sensiblement embarrassée, la démarche mal assurée ; le désordre de l'entendement se manifeste par un affaiblissement de l'intelligence, un délire monomaniaque, qui domine plus ou moins le malade, et souvent par un état d'exaltation plus ou moins considérable.

Dans la seconde période, les mouvements de la langue et des membres conservent souvent le même embarras que dans la première, ou deviennent plus difficiles; le délire est maniaque et général, fréquemment accompagné d'idées dominantes; il y a de l'agitation, qui varie depuis la loquacité et la mobilité, qui fait changer continuellement les malades de place, jusqu'à la fureur la plus violente et la plus incoercible.

Enfin, la troisième période est, en général, caractérisée par un état de démence et une augmentation de la paralysie générale et incomplète : la parole est bégayée et tremblante, très difficile, et quelquefois inintelligible; la démarche est vacillante, très chancelante, ou même impossible; les excrétions sont involontaires; l'entendement extrêmement affaibli, ne conserve qu'un petit nombre d'idées complètement incohérentes, qui sont tantôt vagues, et

tantôt plus ou moins fixes; il y a le plus souvent du calme, et, de temps en temps, une agitation plus ou moins grande. Cette période se termine quelquefois par une paralysie presque complète de tous les mouvements volontaires et par un état complet d'idiotisme.

Chaque malade ne présente pas constamment les trois périodes; il n'est pas rare de voir manquer la seconde; celle-ci offre quelquefois une agitation spasmodique, continuelle ou périodique; assez souvent, pendant la troisième, il survient tantôt des attaques de congestion cérébrale, accompagnées de pertes de connaissance, quelquefois de mouvements convulsifs et de tremblements, et suivies d'une augmentation des symptômes de la maladie, tantôt des attaques épileptiformes. (Page 40.)

J'ai dit que cette description contenait désormais tous les traits essentiels de la paralysie générale; on y trouve en effet:

1° Les idées dominantes que Bayle ne qualifie pas encore, mais qu'il souligne dans les observations particulières et qui sont toutes des conceptions ambitieuses.

2° L'agitation « qui varie depuis la loquacité et la mobilité qui fait changer continuellement le malade de place jusqu'à la fureur la plus violente et la plus incoercible ».

3° L'agitation spasmodique continuelle ou périodique.

4° Les attaques intercurrentes de congestion cérébrale « accompagnées de perte de connaissance, quelquefois de mouvements convulsifs et de tremblements, et suivies d'une augmentation des symptômes de la maladie ».

5° Les attaques épileptiformes.

Quant aux symptômes de paralysie, il les décrit dans leur marche progressive, ainsi que l'affaiblissement toujours croissant de l'intelligence jusqu'à l'abolition complète des idées. Il n'y a évidemment nulle comparaison à établir entre cette description et celle de Georget.

Outre que des faits nouveaux d'une grande importance s'y trouvent mentionnés, on n'y voit plus les propositions singulières qui prouvent que Georget confondait encore, sous le nom de *paralysie musculaire chronique*, des affections cérébrales différentes. Parmi ces propositions, je rappellerai les suivantes :

Au premier degré. — « Le malade finit par ne plus pouvoir se servir que des membres d'un côté. » S'il peut rendre compte de son état, il se plaint « de douleurs de tête plus ou moins générales, quelquefois très circonscrites et ordinairement *du côté opposé à la paralysie, quelquefois néanmoins du même côté.*

Au deuxième degré. — « Le malade est entièrement paralysé d'une moitié du corps ou de toutes les deux. »

J'ajouterai que Georget, outre la *paralysie musculaire chronique*, la seule dont j'ai parlé plus haut, avait admis comme une maladie distincte une *paralysie musculaire aiguë.* Or, la description qu'il donne de cette paralysie musculaire aiguë prouve qu'il a séparé ainsi de la paralysie générale les attaques intercurrentes de congestion dont il n'a rien dit dans le tableau de la paralysie musculaire chronique.

Après avoir indiqué les symptômes, la marche et le traitement de cette prétendue paralysie aiguë, il ajoute : « J'ai vu mourir plusieurs furieuses d'un accident qui se rapproche de la paralysie aiguë. Elles étaient prises subitement d'une perte totale de connaissance, avec des convulsions très fortes et continuelles, et vivaient à peine quelques heures dans cet état. » (Page 469.)

Il s'agit ici probablement des attaques épileptiformes signalées par Bayle et dont Georget non plus n'avait rien dit.

La description de la paralysie générale, telle que Bayle

l'a tracée en 1822, était donc non seulement plus complète, mais surtout plus exacte.

En résumé, une manière tout à fait nouvelle d'envisager la paralysie générale, un tableau plus complet et plus exact de cette maladie, enfin le grand fait étiologique de la congestion, voilà ce que l'on trouve dans le travail de Bayle, qui contient, en outre, les premières observations cliniques qui aient été publiées.

C'est en 1825 que l'auteur, dans un second mémoire, a complété ses idées; mais je dois, avant d'examiner ce second travail et pour suivre l'ordre des dates, étudier la thèse de M. Delaye, publiée en 1824.

M. DELAYE (1824) (1).

Entre la description faite par Georget et la thèse de M. Delaye, avait paru, comme je viens de le dire, la thèse de Bayle, dans laquelle la maladie était envisagée d'une manière nouvelle, et qui eût pu modifier profondément les idées admises jusque-là. Cependant rien ne fut changé. L'opinion d'Esquirol et de Georget est, au contraire, complétée par M. Delaye, et c'est lui qui l'a définitivement constituée.

Quelle place la paralysie générale doit-elle occuper dans le cadre nosologique? Quels sont ses symptômes pathognomoniques et ses rapports avec la folie?

Sur tous ces points, on trouve les éléments de solutions très précises. L'opinion de l'auteur ressort, en effet, clairement du titre du travail et de la définition de la maladie.

La thèse de M. Delaye est intitulée : *Considérations sur*

(1) *Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés*. Thèse, 1824.

une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés.

Si nous recherchons dans la définition les symptômes essentiels de cette *espèce de paralysie*, nous trouvons qu'elle est caractérisée « par l'affaiblissement graduel du système locomoteur, qui commence d'une manière peu sensible, marche avec plus ou moins de lenteur, et finit ordinairement par la perte absolue des mouvements volontaires ; ce qui lui a fait donner le nom de *paralysie générale,* auquel on ajoute l'épithète d'*incomplète*, parce que rarement elle détermine une résolution aussi complète des membres que les autres paralysies (1) ». (Page 5.)

Ainsi la paralysie générale incomplète est une espèce particulière de paralysie, et elle n'est caractérisée que par un seul ordre de symptômes pathognomoniques, la lésion générale et progressive des mouvements. Voilà ce qui ressort nettement du titre du travail et de la définition de la maladie.

Quant aux rapports de cette espèce de paralysie avec la folie, la manière dont l'auteur les envisage n'est pas moins claire. Cette espèce de paralysie, dit le titre, « affecte particulièrement les aliénés. »

Dans le corps du travail on trouve, en outre, les passages suivants : « Cette paralysie, sans être tout à fait exclusive aux aliénés, *complique si souvent la folie*, qu'elle a dû être observée par tous les médecins qui se sont occupés de cette dernière maladie. » (Page 6.)

(1) Aux dénominations de *paralysie musculaire chronique* et d'*arachnitis chronique*, employées par Georget et par Bayle, M. Delaye, comme on le voit, substitue celle de *paralysie générale incomplète*. Je ferai remarquer qu'il ne donne pas cette dénomination comme nouvelle, et qu'il s'exprime au contraire de manière à faire croire qu'elle était employée avant lui. Mais par qui a-t-elle été créée, puisque Esquirol, Georget et Bayle désignaient la maladie par des noms différents ?

« Il est certain que c'est chez les fous qu'on observe le plus souvent la paralysie générale. » (Page 7.)

La paralysie générale intervient donc dans la folie comme complication.

Quant à l'époque à laquelle cette complication arrive, M. Delaye émet les mêmes idées que Georget. « Quelquefois, dit-il, elle débute avec la démence, mais le plus souvent elle ne *complique* le dérangement des fonctions intellectuelles que longtemps après qu'il s'est manifesté. » (Page 15.)

La paralysie générale, maladie distincte de la folie, débutait donc quelquefois simultanément avec elle; mais, dans la majorité des cas, elle ne compliquait que la folie déjà ancienne.

Il y a un point qui devait prendre plus tard une extrême importance et qui semble avoir fixé l'attention de M. Delaye. Existe-t-il des folies qui se compliquent plus souvent que les autres de paralysie générale? A cette question, M. Delaye répond que cette maladie « semble plus fréquente dans les folies qui résultent de la masturbation, des excès vénériens, de l'abus des liqueurs spiritueuses, de l'usage trop prolongé du mercure, des chagrins profonds, des fatigues et des contentions d'esprit, qu'elle succède souvent aux folies qui ont été accompagnées d'une agitation violente. » (Page 7.)

Je cite ce passage, parce qu'il prouve qu'à cette époque on ne soupçonnait rien encore quant à l'existence d'un délire spécial chez les aliénés paralytiques. Bayle, tout en soulignant dans les observations particulières publiées en 1822, les conceptions ambitieuses, n'avait point encore généralisé le rapport du délire des grandeurs et de la paralysie.

M. Delaye, en introduisant dans le cadre nosologique

une nouvelle espèce de paralysie, n'a pas négligé d'en établir le diagnostic différentiel.

Après avoir indiqué dans la définition les caractères essentiels qui la distinguent des autres paralysies, il ajoute :

« D'autres différences la séparent encore de ces dernières; ainsi, elle affecte tous les muscles de la locomotion. Son invasion est lente, sa marche toujours progressive, sa terminaison toujours fâcheuse ; enfin, l'altération organique qui la produit consiste dans une modification particulière de la substance cérébrale. Les autres paralysies, au contraire, sont ordinairement bornées à une partie du corps ; leur invasion est plus ou moins rapide, leur marche, quelquefois rétrograde, souvent stationnaire ; plusieurs sont susceptibles de guérison ; enfin, elles dépendent le plus souvent de la désorganisation ou de la perte d'une partie de la substance cérébrale. J'ajouterai que les paralysies qui diffèrent le moins de la paralysie qui m'occupe, celles, par exemple, qui reconnaissent pour cause le développement d'un fongus de la dure-mère, d'un cancer du cerveau, etc., ont des signes propres qui les font reconnaître. » (Page 5.)

La paralysie générale n'est plus seulement constituée comme une espèce particulière de paralysie, mais les principales différences qui la séparent des autres paralysies sont nettement indiquées.

Je ne reproduirai pas ici le tableau des symptômes tracés par M. Delaye, mais je dois faire remarquer que, comme conséquence de l'opinion de l'auteur, ce tableau se compose uniquement des lésions des mouvements. Il y a même un fait très curieux et qui, mieux que tout ce que je pourrais dire, démontre la manière dont M. Delaye envisage la maladie : c'est une citation empruntée par lui à la thèse de Bayle.

Après avoir rappelé que Bayle avait divisé la marche de la paralysie générale en trois périodes, il en reproduit, d'après cet auteur, les principaux caractères de la manière suivante :

« Dans la première, la prononciation est sensiblement embarrassée, la démarche mal assurée; dans la seconde, les mouvements de la langue et des membres conservent souvent le même embarras que dans la première ou deviennent plus difficiles. La troisième est caractérisée par une augmentation de la paralysie; la parole est bégayée, tremblante, très difficile et quelquefois inintelligible. La démarche est très chancelante ou même impossible. Les excrétions sont involontaires. Cette période se termine quelquefois par une paralysie presque complète de tous les mouvements involontaires. » (Page 13.)

Cette citation est très exacte, mais on peut s'assurer, en relisant plus haut (page 18) le tableau des symptômes indiqués par Bayle, que M. Delaye a retranché, pour chaque période, tout ce qui a trait aux lésions de l'intelligence, et n'a cité que la description des lésions des mouvements. C'est qu'en effet cet ordre des symptômes, qui n'est qu'une partie de la maladie pour Bayle, la constitue tout entière pour M. Delaye.

Je crois inutile d'insister davantage. Il est évident que désormais, après la thèse de M. Delaye, une nouvelle espèce de paralysie, la *paralysie générale incomplète,* avait été ajoutée à la classe des paralysies.

Elle était caractérisée par un *seul* ordre de symptômes pathognomoniques, la lésion générale et progressive des mouvements.

Cette espèce de paralysie sévissait presque exclusivement chez les aliénés. Elle était une des complications les plus fréquentes de la folie.

Comme conséquence, cette doctrine conduisait à distinguer chez l'aliéné paralytique *deux maladies*, l'aliénation mentale et la paralysie générale, comme chez d'autres aliénés on distinguait la folie et le scorbut, la folie et la phthisie pulmonaire.

Que cette complication survînt dans les folies anciennes, ce qu'on croyait le cas le plus fréquent, ou qu'elle débutât en même temps que la folie, ces deux maladies n'en restaient pas moins distinctes.

Telle est la doctrine d'Esquirol et de Georget, complétée par M. Delaye; c'est la doctrine de la dualité opposée à la doctrine de Bayle, qui est celle de l'unité. Dans la première, on voit chez l'aliéné paralytique deux maladies; dans la seconde, on n'en reconnaît qu'une seule caractérisée par deux ordres de symptômes pathognomoniques. Là est la différence capitale et celle d'où découlent toutes les autres; ces deux doctrines pourraient avoir pour épigraphes les deux propositions suivantes, déjà rapportées plus haut :

1° Que les symptômes de paralysie chez les déments paralytiques « *ne doivent pas être confondus avec les symptômes qui caractérisent la démence, pas plus que les signes du scorbut qui complique souvent cette maladie ne peuvent être pris pour elle* ». (Esquirol.)

2° Que le parallèle entre les lésions de l'intelligence et les lésions des mouvements « fait à toutes les époques de la maladie » offre un rapport constant entre le délire et la paralysie, et que, par conséquent, on ne peut *se refuser à admettre que ces deux ordres de phénomènes sont les symptômes d'une même maladie.* (Bayle.)

BAYLE (1825).

Nous avons vu que Bayle, dans sa thèse, avait envisagé la paralysie générale d'une manière toute nouvelle et ajouté à son histoire le grand fait étiologique de la congestion. Son second travail, publié en 1825 (1), complète sa doctrine par un autre fait non moins important. Je veux parler de la connexion du délire des grandeurs et de la paralysie générale.

Les malades atteints de délire ambitieux forment, dans les asiles, deux catégories très distinctes.

Chez les uns, qui sont en petit nombre, les idées de grandeur parfaitement coordonnées ont un caractère remarquable de fixité. Ces malades, qui se croient des personnages illustres et s'attribuent de grands pouvoirs, affectent souvent le ton du commandement. Ils sont en général peu communicatifs, vivent à l'écart et sont plutôt tristes que gais. Froissés sans cesse dans leurs prétentions chimériques, ils deviennent irritables et commettent quelquefois des actes de violence. On n'observe point d'ailleurs, chez eux, d'excitation habituelle. Leurs idées sont suivies et ils défendent leurs conceptions délirantes avec une sorte de logique.

C'est la véritable monomanie d'orgueil, telle qu'on la comprend généralement aujourd'hui.

Mais, à côté de ces malades, il en est d'autres bien plus nombreux et qui offrent des caractères différents.

Ceux-là ont aussi une haute opinion d'eux-mêmes, ils se croient de grands personnages ; ils sont riches et puissants, mais, en même temps, ils se font remarquer par leur expansion et leur gaieté.

(1) *Nouvelle doctrine des maladies mentales*. Broch. de 52 pages.

Leur physionomie exprime le contentement. Leurs idées de grandeur ne sont pas fixes comme chez les premiers, mais varient, au contraire, assez souvent sous l'influence de fréquents paroxysmes d'excitation. Alors ils se préoccupent peu de mettre d'accord leurs prétentions de la veille avec celles du lendemain.

Ces malades, malgré une excitation habituelle, assez légère il est vrai, n'en ont pas moins été classés pendant longtemps parmi les monomaniaques.

Esquirol paraît même avoir eu plus particulièrement en vue cette classe d'aliénés lorsqu'il a tracé le tableau général de la monomanie :

« Chez les monomaniaques, dit-il, les passions sont exaltées et expansives; ayant le sentiment d'un état de santé parfaite et inaltérable, d'une force musculaire augmentée d'un bien-être général, ces malades saisissent le bon côté des choses; satisfaits d'eux-mêmes, ils sont contents des autres, ils sont *heureux*, *joyeux*, *communicatifs ; ils chantent*, *rient*, *dansent; dominés par l'orgueil, la vanité*, *l'amour-propre*, *ils se complaisent dans leurs convictions vaniteuses*, *dans leurs pensées de grandeur*, *de puissance*, *de richesse;* ils sont *actifs*, *pétulants*, *d'une loquacité intarissable*, *ils parlent sans cesse de leur félicité;* ils sont susceptibles, irritables; leurs impressions sont vives, leurs affections énergiques, leurs déterminations violentes; ennemis de la contrariété et de la contrainte, ils se mettent facilement en colère et même en fureur. »

Ce sont ces malades dominés par des idées de grandeur, de puissance et de richesse, heureux, joyeux, contents d'eux-mêmes et des autres et qu'Esquirol a classés parmi les monomaniaques, qui, d'après Bayle, ont le triste privilège de mourir presque tous avec les symptômes de la paralysie générale.

La connexion entre le délire des grandeurs et des richesses et la paralysie générale lui a paru si intime, qu'il n'a pas balancé à faire de cette monomanie ambitieuse la première période de la paralysie générale.

La description donnée par Bayle de ce délire spécial qui concourt à caractériser le début de la paralysie générale a tant d'analogie avec le tableau de la monomanie d'Esquirol, qu'il est impossible de ne pas admettre que les deux auteurs ont voulu parler des mêmes malades, au moins pour le plus grand nombre des cas. C'est ce que prouve le passage suivant sur l'invasion de la paralysie générale :

« Cette maladie, dit Bayle, débute par un état de monomanie ambitieuse et par une exaltation plus ou moins grande, qui, réunies à une légère paralysie incomplète et générale, caractérisent essentiellement cette période. Les malades s'imaginent tout à coup qu'ils sont riches, puissants, élevés en dignités, couverts de distinctions et de titres. Les uns croient leur fortune doublée, triplée, quadruplée, centuplée ; les autres, oubliant l'état de misère dans lequel ils se trouvaient au moment de l'aliénation, ne pensent plus qu'aux trésors dont ils se croient en possession ; ils font des projets gigantesques qui doivent leur rapporter des sommes immenses ; ils achètent tout ce qu'ils rencontrent ; ils ne sont occupés que des acquisitions qu'ils doivent faire.

« Dominés par ces idées, ils *en parlent sans cesse* et ne pensent plus à autre chose. Leur *babil est intarissable;* ils s'échauffent en parlant et se mettent facilement en colère lorsqu'on les contrarie sur leurs idées extravagantes. Leur figure est, en général, rouge, épanouie et exprime le *contentement et la joie que leur font éprouver leurs richesses et leurs grandeurs. Ils chantent, rient et sont dans un état d'hi-*

larité et de gaieté remarquable. Ils répondent d'une manière assez raisonnable sur la plupart des objets étrangers à leur délire exclusif. »

A cette première période de monomanie ambitieuse succède, d'après Bayle, un délire maniaque avec prédominance d'idées de grandeurs; enfin, la maladie se termine par la démence, avec quelques traces du délire qui a été observé dans les deux premières périodes.

Les conceptions délirantes ambitieuses avec expansion et loquacité constituent donc le délire spécial de la paralysie générale, et, par conséquent, un des principaux symptômes de cette affection.

Cependant, ce délire, qu'il ait la forme monomaniaque ou qu'il s'accompagne d'agitation maniaque, n'existe pas seul.

Bayle note l'existence de la démence dès la première période, mais l'affaiblissement de l'intelligence, masqué en partie par le délire, n'occupe encore que le second rang, et ce n'est que dans la dernière période qu'il devient, au contraire, prédominant.

La paralysie générale est donc caractérisée par deux ordres de symptômes : les lésions de l'intelligence et les lésions des mouvements. Les premières comprennent elles-mêmes deux phénomènes de nature très différente, le délire des grandeurs et la démence; enfin, la congestion cérébrale lente ou rapide est le point de départ de l'affection.

Telle est, au point de vue des symptômes essentiels, la doctrine de Bayle.

Elle entraînait dans la pathologie mentale des changements d'une assez grande importance.

Désormais, en effet, l'attention était appelée sur les accidents congestifs qui précèdent certaines folies ou en marquent le début. Ces accidents devenaient un élément grave

de pronostic, parce qu'ils pouvaient, à l'avance, faire craindre le développement de la paralysie générale. — Mais le fait le plus important, c'est la signification particulière qu'acquerrait le délire ambitieux, signification jusque-là tout à fait inconnue.

Ce délire ambitieux était un second élément de diagnostic et de pronostic dont le médecin ne manque plus de se préoccuper au début ou dans le cours de la folie.

Enfin, comme je l'ai dit, au lieu de DEUX maladies qu'on distinguait chez l'aliéné paralytique, il n'y en avait plus qu'une seule formée de deux ordres de symptômes.

Il faut encore ajouter que la paralysie, telle que la comprenaient Esquirol, Georget et M. Delaye, ne survenant très souvent qu'après une durée assez longue de l'aliénation mentale, était une maladie secondaire, une *maladie des aliénés*, tandis que, dans la doctrine de Bayle, elle débutait d'emblée chez des sujets jusque-là sains d'esprit, la folie qui précédait la paralysie n'étant plus elle-même qu'une période de cette maladie.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir l'intérêt de ces faits; il suffit de les indiquer.

Quant à la description des symptômes donnée par l'auteur dans ce second travail, elle est très étendue et très complète; elle n'occupe pas moins de vingt pages. Au lieu de s'en tenir à la division en trois périodes, il a subdivisé les deux dernières en plusieurs degrés, avec des variétés pour quelques-uns de ces degrés. Je n'ai d'ailleurs point à analyser cette description de 1825, qui ne diffère par aucun point essentiel de celle que contient la monographie publiée l'année suivante. — Il ne me reste plus, pour terminer ce qui a trait aux travaux de Bayle, qu'à rechercher si c'est bien réellement à cet auteur qu'on doit attribuer le mérite d'avoir découvert la connexion des accidents congestifs et

de la paralysie générale, et celle du délire ambitieux avec la même maladie.

Depuis longtemps j'ai rapporté à Bayle l'honneur d'avoir indiqué le premier le rapport des accidents congestifs avec les folies ambitieuses et la paralysie générale (1). Je ne sache pas qu'aucune réclamation se soit élevée à cet égard. Loin de là, M. Calmeil vient de confirmer récemment l'opinion que j'avais émise à cet égard. « M. Bayle, dit-il, a eu le mérite d'insister plus que tout autre et de *bonne heure*, sur cette vérité, que certaines maladies à marche chronique des centres nerveux intra-craniens étaient souvent précédées, de près ou de loin, par des attaques de congestion cérébrale (2). »

Au reste, c'est en 1822 que Bayle a signalé ce fait dans sa thèse, et avant lui Esquirol (1814-1816) et Georget (1820) n'avaient absolument rien dit des accidents congestifs comme propres aux aliénés paralytiques.

Je dois ajouter que, dans le passage cité plus haut et extrait de l'ouvrage de M. Calmeil, l'opinion de Bayle ne me paraît pas avoir été appréciée d'une manière complètement exacte. Ce n'est pas, en effet, dans *certaines* maladies cérébrales, c'est-à-dire dans plusieurs, que Bayle a signalé les accidents congestifs, c'est dans une seule maladie, la *méningite chronique* ou *aliénation ambitieuse,* avec paralysie. On comprend tout ce que ce fait perdrait d'importance pour le diagnostic et le pronostic, si la congestion cérébrale précédait plusieurs espèces d'aliénation mentale et non une seule; mais c'est bien positivement dans ce sens restreint que l'a compris Bayle, ainsi que le prouve le passage suivant :

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1847, t. IX, p. 334.
(2) *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 134.

« La congestion cérébrale, dit-il en parlant de l'aliénation ambitieuse avec paralysie, est constante dans cette maladie, et n'existe point dans les autres espèces d'aliénation mentale qui tiennent à des lésions d'une autre nature. Aussi, lorsqu'on apprend qu'un aliéné a été atteint, avant l'invasion du délire, d'une affection dans laquelle il a perdu d'une manière plus ou moins longue ou plus ou moins marquée l'usage du sentiment et du mouvement, *on peut affirmer d'avance, et sans crainte de se tromper*, que ce malade est atteint d'une inflammation chronique des méninges. En effet, je n'ai pas vu *un seul cas* où un semblable jugement eût induit en erreur. »

Ce passage, que j'emprunte au *Traité des maladies du cerveau* de Bayle, démontre que l'opinion de l'auteur était absolue. Tout aliéné qui avait été frappé de congestion peu de temps avant l'invasion de la folie ou au début de celle-ci, devait devenir paralytique. La congestion cérébrale était donc un caractère propre à l'aliénation ambitieuse avec paralysie.

Telle est, en réalité, sur ce point, la doctrine de Bayle. Il ne songe même pas à faire une exception en faveur de la démence sénile paralytique, qui est aussi souvent précédée d'une ou de plusieurs congestions cérébrales.

J'arrive au fait non moins important de la connexion du délire ambitieux et de la paralysie générale. Ce rapport, si étrange et qui constitue l'un des phénomènes les plus curieux de la pathologie mentale, n'a été soupçonné ni par Esquirol, ni par Fodéré, ni par Georget, ni par M. Delaye, dont les ouvrages ont précédé de quelques années le travail publié par Bayle en 1825.

Esquirol, comme on l'a vu, a très bien décrit les folies ambitieuses, mais sans mentionner leur rapport avec la paralysie générale. Il avait seulement, dans un passage

de ses articles du *Grand dictionnaire des sciences médicales*, indiqué « que les folies entretenues par les idées religieuses et par l'orgueil guérissent rarement », mais les véritables monomanies d'orgueil guérissent, en effet, rarement, alors même qu'elles ne sont pas le prélude de la paralysie générale. Il en est de même des monomanies religieuses. D'ailleurs, il n'est en aucune manière ici fait mention de la paralysie comme cause de cette incurabilité.

Fodéré a cité des exemples de manie ambitieuse, et il ne paraît pas avoir soupçonné, plus qu'Esquirol, le rapport de cette maladie avec la paralysie. Il se borne à faire ressortir la différence du délire ambitieux avec la mélancolie. « Le délire maniaque produit par des idées de *gloire*, de *richesse*, de *bonheur* et de *contentement*, tel que celui des exemples que je viens de rapporter, n'a, dit-il, aucun rapport avec la mélancolie et lui est entièrement opposé. »

M. Delaye, comme on l'a vu plus haut, spécifie dans un passage de sa thèse celles d'entre les folies qui sont plus souvent que les autres compliquées de paralysie générale, et il ne mentionne pas les folies ambitieuses.

La description de la *paralysie musculaire chronique* que j'ai citée au commencement de ce travail, prouve que Georget ne savait rien des rapports de cette maladie avec le délire ambitieux. Il a d'ailleurs été le premier à déclarer plus tard, dans les *Archives de médecine*, que ce rapport avait été découvert par Bayle.

Voici, en effet, ce qu'il écrit en parlant des aliénés paralytiques : « Presque tous ces malades présentent, dès le début, un léger degré de démence ou d'affaiblissement de l'intelligence. Chez un très grand nombre, on observe en même temps les idées ambitieuses de grandeur, de richesse, de puissance, ainsi *que M. Bayle l'a remarqué le premier*.

Le témoignage de Georget n'est pas suspect, car, au milieu des polémiques que soulevèrent les travaux de Bayle, il s'est montré l'un de ses adversaires les plus décidés (1).

J'ajouterai d'ailleurs que, parmi les réclamations de priorité qui se sont élevées à l'occasion des travaux de Bayle, aucune n'avait trait au rapport du délire ambitieux et de la paralysie. Ce rapport, au contraire, a été attaqué par plusieurs auteurs qui ont cherché à atténuer le fait, ou même à en démontrer l'inexactitude.

Un médecin anglais, Haslam, paraît seul avoir remarqué avant Bayle l'orgueil et les prétentions des aliénés frappés de paralysie. C'est ce que prouve le passage suivant, déjà reproduit dans plusieurs ouvrages :

« *Les affections paralytiques*, dit-il, *sont une cause de folie* beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose, et elles sont aussi *un effet* très commun de la manie. Les paralytiques offrent ordinairement des lésions de la locomotion indépendantes de leur folie; la parole est embarrassée, la bouche déviée, les bras ou les jambes sont plus ou moins privés des mouvements volontaires, et, chez la plupart, la *mémoire* est notablement affaiblie.

« Ces sortes de malades n'ont pas, en général, le sentiment de leur position. Faibles au point de pouvoir à peine se tenir debout, ils se disent extrêmement vigoureux et capables des plus grands efforts.

« Quelque pitié qu'un tel état puisse inspirer à l'observateur, il est heureux pour le patient que son *orgueil* et

(1) En rendant compte de la monographie de Bayle, publiée en 1826, il écrivait : « Cet ouvrage est mal fait, six fois trop long ; la lecture en est aussi fatigante que possible; quelques faits ne nous ont pas paru exacts; la plupart des opinions nouvelles émises par l'auteur nous paraissent hypothétiques et invraisemblables, etc.; les raisonnements de l'auteur nous ont toujours paru d'une faiblesse extrême, etc... » (*Archives de médecine*, 1826, t. XII, p. 323.)

ses *prétentions* soient en raison inverse du malheur qui l'accable.

« Aucun de ces malades n'a éprouvé d'amélioration dans l'hôpital, et, d'après mes recherches dans les établissements particuliers où ils ont été ensuite enfermés, il demeure constant qu'ils sont morts subitement d'apoplexie, ou qu'ils sont tombés dans l'imbécillité ou dans le marasme, par suite d'attaques répétées. »

C'est assurément un fait très curieux que cette première mention du délire ambitieux des paralytiques, mais ce fait n'a eu aucune conséquence pratique. Cette remarque est restée plus de trente ans inaperçue, et ce sont les travaux publiés en France sur la paralysie générale qui ont fixé l'attention sur le passage de l'ouvrage du médecin anglais. Bayle, au contraire, a non seulement indiqué que les folies ambitieuses précèdent et accompagnent la paralysie générale, mais il a décrit minutieusement les formes de ces folies, il les fait accepter dans la science comme un élément important de diagnostic et de pronostic. C'est donc à lui que doit être rapporté le mérite d'avoir établi ce rapport du délire des grandeurs et de la paralysie générale.

Ces faits admis, nous pouvons essayer de déterminer à quel auteur doit être rapporté l'honneur d'avoir découvert la paralysie générale.

De tout ce qui précède, il ressort que deux ordres de faits ont été successivement mis en lumière avant que la paralysie générale ait été réellement constituée.

Esquirol a signalé la fréquence des symptômes de paralysie chez les aliénés. Il a étudié les caractères de cette paralysie, sa marche et son influence sur le pronostic. Mais ces symptômes, dont Georget et surtout M. Delaye ont

fait plus tard une affection spéciale, ne sont, si on adopte la doctrine de Bayle, qu'une partie de la maladie.

Pour que celle-ci fût complètement découverte, il fallait reconnaître la période initiale et montrer que les lésions de l'intelligence sont aussi essentielles que la paralysie elle-même. La maladie est formée de deux éléments. Esquirol n'en avait vu qu'un; Bayle a découvert le second. Sans doute, cette seconde tâche était plus facile que la première, puisque l'attention était désormais fixée sur ces aliénés offrant des symptômes de paralysie; mais enfin la paralysie générale d'Esquirol, de Georget et de M. Delaye n'était pas la maladie telle que nous la comprenons aujourd'hui, avec sa double lésion de l'intelligence et des mouvements ayant chacune ses caractères propres. Or, c'est à Bayle que revient le mérite de l'avoir ainsi constituée en ajoutant deux éléments nouveaux, la congestion et le délire des grandeurs.

Ce mérite de Bayle, nul ne le conteste; il n'en est pas de même pour Esquirol. On a rappelé le passage de l'ouvrage d'Haslam que j'ai cité plus haut. Or, l'ouvrage du médecin anglais est antérieur aux premiers travaux du médecin français. Sans vouloir en rien diminuer le mérite d'Haslam, je crois cependant que l'objection n'a pas toute la valeur qu'on lui attribue.

Il importe, en effet, de rappeler que bien des passages aussi précis sont restés enfouis des siècles entiers sans être remarqués, et que celui dont il est question ne serait probablement pas connu si, comme je viens de le dire, les travaux publiés en France n'avaient fait rechercher, plus de trente ans après, ce qui pouvait, dans différents ouvrages, se rapporter à la maladie nouvelle.

Il n'en est pas du tout ainsi pour Esquirol. Non seulement il a décrit les principaux symptômes de la paralysie

générale en 1814 et en 1816, mais chaque année, dans ses leçons, il traitait de la paralysie des aliénés. C'est ce qu'on peut voir dans la thèse de M. Delaye.

Il y a plus, Esquirol à cette époque avait appris à reconnaître les premiers indices de la maladie, à prédire par conséquent son développement, et les faits nouveaux étaient ainsi passés dans la pratique.

« La paralysie générale, dit M. Calmeil, est très répandue parmi les aliénés, et elle est une des complications les plus funestes des vésanies. Les médecins qui font une étude spéciale des affections mentales savent tous à quoi s'en tenir à cet égard, et, *chaque fois qu'ils sont consultés*, dans l'intérêt d'un aliéné, ils ont le soin d'examiner si la prononciation est exempte d'embarras ou accompagnée de bégaiement. Ils hésitent rarement à déclarer la maladie incurable s'ils parviennent à constater l'existence de la paralysie, quelque légers que soient ses symptômes. »

M. Calmeil écrivait cela en 1826, et ajoutait : « M. Esquirol a, le premier, fixé l'attention sur ce point et a signalé la gravité du pronostic. »

« M. Esquirol, dit encore M. Calmeil, a vu des confrères habiles lui soutenir que la langue n'était pas paralysée lors même que la prononciation offrait un embarras auquel ne pouvait se méprendre une oreille exercée. »

Esquirol a donc non seulement, en 1814 et 1816, signalé dans ses écrits les symptômes de paralysie, comme l'avait fait Haslam; là n'est pas son principal mérite. Il a en outre, dans ses leçons et dans sa pratique, constamment appelé l'attention sur cette complication dont il saisissait les premières manifestations quelques légères qu'elles fussent. Dès lors, l'oubli n'était plus possible.

Chaque fois qu'une découverte, petite ou grande, surgit dans la science, il est rare qu'on ne trouve pas dans les

auteurs qui ont précédé des germes restés jusque-là cachés. Loin d'ôter à l'inventeur son mérite, cette circonstance est une preuve de la réalité des faits qu'il a le premier mis en lumière.

Haslam a mentionné les prétentions et l'orgueil des paralytiques, et cependant c'est Bayle qui a découvert le rapport du délire ambitieux avec la paralysie, c'est lui qui l'a fait accepter dans la science comme une vérité que nul ne conteste plus aujourd'hui.

Esquirol a découvert la paralysie générale, parce qu'en réalité c'est lui qui a fixé l'attention sur la gravité du pronostic chez les aliénés qui offraient les premiers indices de bégaiement, que, chaque jour dans ses leçons et sa pratique, il insistait sur ce fait et apprenait à tous ceux qui l'entouraient à le constater. N'eût-il fait que cela, sans rien écrire en 1814 et 1816 sur la paralysie générale, que c'est encore à lui qu'il faudrait rapporter l'honneur d'avoir, le premier, établi dans la science cet ordre de faits.

Les noms d'Esquirol et de Bayle doivent donc, à mon avis, être réunis, et c'est à ces deux auteurs qu'il faut attribuer le mérite d'avoir créé ce grand chapitre de l'histoire des maladies mentales.

En résumé, on voit, par tout ce qui précède, que deux doctrines bien différentes ont été émises par les premiers auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale.

La première est celle d'Esquirol, de Georget et de M. Delaye ; la seconde est celle de Bayle.

Dans la première, on admet :

1° Qu'il y a lieu de faire entrer dans le cadre nosologique une nouvelle espèce de paralysie, la *paralysie mus-*

culaire chronique (Georget), la *paralysie générale incomplète* (Delaye).

2° Que cette paralysie, comme toutes les autres, n'est caractérisée que par un seul ordre de symptômes pathognomoniques, les symptômes de paralysie.

3° Que cette nouvelle espèce de paralysie a cela de particulier qu'elle s'observe presque exclusivement comme complication de la folie.

4° Que l'aliéné paralytique doit toujours être considéré comme atteint de deux maladies distinctes, la folie et la paralysie générale.

5° Que cette paralysie générale survient indifféremment dans toutes les espèces de folie.

De la doctrine de Bayle, il découle au contraire les conséquences suivantes :

1° Qu'il y a lieu de créer dans le cadre nosologique une nouvelle espèce de folie, l'*aliénation ambitieuse avec paralysie ou méningite chronique*.

2° Que cette nouvelle espèce de folie est caractérisée par deux ordres de symptômes pathognomoniques : 1° le délire ambitieux sous la forme de monomanie et de manie, délire accompagné de signes de démence; 2° une paralysie générale et progressive.

3° Que la folie et la paralysie générale observées chez le même malade ne sont pas deux affections distinctes, comme la folie et le scorbut, mais deux ordres de symptômes d'une seule et même entité morbide.

4° Que la paralysie générale ne peut être considérée comme une complication de la folie.

5° Que les symptômes de paralysie générale ne s'observent pas indifféremment avec toutes les formes de la

folie, mais seulement avec les folies caractérisées par la prédominance d'idées de grandeur et de puissance.

6° Enfin, que c'est à Esquirol et à Bayle que revient l'honneur d'avoir réalisé, par la découverte de la paralysie générale, le plus grand progrès qu'on puisse signaler dans l'histoire des maladies mentales.

II

NOTE

SUR LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

1847

I

Paralysie générale sans délire.

La paralysie générale n'arrive jamais à sa dernière période sans l'affaiblissement ou même l'abolition de l'intelligence ; mais il y a des cas assez nombreux dans lesquels le délire manque. C'est un fait qu'il est impossible de nier, et sur lequel M. Prus insistait encore dans l'une des dernières séances de l'Académie de médecine. Ces malades ne sont pas atteints de folie, pas plus que les apoplectiques qui tombent en enfance. L'abolition pure et simple de l'intelligence et la folie sont des choses parfaitement différentes et que personne ne confond.

M. Bayle lui-même, qui considère la méningite chronique comme *une espèce particulière de folie*, qu'il désigne sous le nom de *monomanie ambitieuse avec paralysie*, cite plusieurs cas dans lesquels il n'y avait qu'affaiblissement des

facultés. L'un des malades dont il a recueilli l'observation « répondait d'une manière juste; il paraissait sentir le malheur de sa situation ». Ce ne fut qu'au bout de trois mois de paralysie générale bien caractérisée qu'il survint du délire.

Un autre malade n'avait autre chose qu'une très grande diminution de la mémoire; il parlait avec assez de raison, mais il répétait souvent les mêmes questions, ne s'apercevant pas qu'il les avait déjà faites. Il en fut ainsi jusqu'à la mort.

Ces cas, comme je l'ai déjà dit ailleurs, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense généralement. Ces malades, n'ayant pas de délire, succombent dans leur famille, ce qui explique pourquoi les médecins des asiles d'aliénés n'en rencontrent pas un plus grand nombre. La paralysie générale peut donc exister sans délire (1).

II

Dissociation du délire et de la paralysie.

Lorsque la paralysie générale s'améliore et tend vers la guérison, l'amélioration ne porte pas également sur les deux ordres de symptômes; il se fait *une sorte de dissociation entre le délire et les lésions des mouvements*, de telle

(1) Je crois devoir rappeler ici la définition que je donnais de la paralysie générale dans des leçons publiées, un an auparavant, dans la *Gazette des hôpitaux* (9 et 16 juillet 1846).

« La paralysie générale incomplète est une maladie apyrétique ordinairement de longue durée, principalement caractérisée par l'embarras de la parole, la paralysie progressive des membres et la *démence.* »

C'est donc à tort, comme on le voit, qu'un certain nombre d'auteurs ont prétendu que j'admettais des paralysies générales sans aucune lésion de l'intelligence. J'ai au contraire, dès ce premier travail, admis que la démence est un symptôme constant et pathognomonique de la paralysie générale que je considérais, avant tout, comme une *démence paralytique.*

sorte que la folie disparaît, la paralysie générale persistant.

Tantôt alors, la lésion des mouvements reste longtemps isolée, mais stationnaire.

Tantôt, elle disparaît peu à peu, mais toujours plus ou moins longtemps, plusieurs mois par exemple, après la cessation complète du délire.

C'est ce que prouvent les observations suivantes :

Observation I

Sommaire. — Embarras de la parole. — Faiblesse des membres inférieurs. — Monomanie avec prédominance d'idées ambitieuses. — Guérison du délire avec persistance des signes de paralysie.

La fille G..., âgée de trente et un ans, d'une constitution forte et pléthorique, est entrée à la Salpêtrière le 4 mars 1842, dans le service de M. Mitivié.

On juge, au premier examen, que cette malade est atteinte de paralysie générale. L'embarras de la parole est assez prononcé pour ne laisser aucun doute. La démarche, quoique encore assurée, offre cependant déjà quelque chose de caractéristique. A ces symptômes du côté des mouvements se joignent des conceptions délirantes qui se rapportent principalement à des idées d'ambition et de richesse. En outre, agitation, malpropreté, mauvaise tenue.

Je n'examinai de nouveau cette malade qu'un an environ après son entrée, et je trouvai son état presque complètement changé; il n'y avait plus d'idées ambitieuses. G... était dévenue propre, laborieuse et régulière. Elle me fit lire une lettre qu'elle écrivait pour obtenir sa sortie. Cette lettre était très suivie et très raisonnable. Cependant, l'embarras de la parole, quoique moins prononcé, *persistait encore* d'une manière très marquée.

Cette fille fut rendue à la liberté le 20 mai 1843. Le certificat de M. Mitivié constate que la malade, entrée dans un état de monomanie ambitieuse avec paralysie générale, est depuis quelque temps *régulière, raisonnable et laborieuse*, et que les symptômes de paralysie ont *presque* entièrement disparu.

Une rechute ne tarda pas à avoir lieu, et, le 26 mai, G... rentrait à la Salpêtrière. Elle fut transférée dans mon service le 6 juillet. Les idées de grandeur avaient reparu; l'embarras de la parole était si grand, que beaucoup de mots ne pouvaient être compris. La démarche était chancelante. La mort eut lieu le 5 octobre 1845, par suite des progrès de la maladie.

Ici la guérison, comme on le voit, avait principalement porté sur le délire; l'embarras de la parole, lors de la sortie de la malade, était encore, en effet, assez prononcé.

Observation II

Sommaire. — Embarras de la parole. — Faiblesse des jambes. — Congestions cérébrales. — Monomanie. — Accès de fièvre revenant chaque soir avec agitation violente. — Administration du sulfate de quinine. — Guérison complète du délire. — Persistance d'un peu d'embarras de la parole. — Rechute après quinze mois. — Mort. — Autopsie.

M. P..., âgé de trente-quatre ans, pâtissier, est entré à Charenton le 13 avril 1831. On n'obtint aucun renseignement sur le début de la maladie, mais le premier examen fit reconnaître des symptômes non équivoques de paralysie générale. M. P... offre un embarras assez marqué de la parole. Il semble aussi avoir un peu de faiblesse dans les membres inférieurs. Une rétention d'urine et deux congestions cérébrales vinrent bientôt confirmer le diagnostic.

Cependant, le délire n'avait pas le caractère qu'il offre

le plus souvent chez les paralytiques. M. P... était alternativement calme et agité, sans qu'on remarquât d'abord rien de régulier dans la succession de ces deux états.

Pendant le calme, le malade répondait d'une manière suivie et raisonnable aux questions qu'on lui faisait, sans être cependant exempt de délire. C'est ainsi qu'il accusait à tort sa femme et ses amis, qu'il croyait que sa maison avait été vendue, son mobilier saisi, etc.

L'agitation survenait ordinairement vers la nuit. Alors M. P... criait, prononçait des mots sans suite, se livrait à toutes sortes de mouvements désordonnés qui obligèrent de lui mettre la camisole de force. Ces accès étaient accompagnés d'un mouvement fébrile assez intense et se terminaient par des sueurs abondantes. Bientôt on s'aperçut que l'agitation et la fièvre revenaient d'une manière régulière chaque soir, à dix heures, et cessaient à trois ou quatre heures du matin.

Esquirol fit donner quinze grains de sulfate de quinine, et l'accès suivant fut supprimé. La même dose fut continuée pendant huit jours, et les accès ne reparurent plus. De la salle des paralytiques, M. P... fut transféré aux convalescents ; son délire avait, en effet, complètement cessé. Ce malade, après six semaines, put sortir de l'établissement le 15 juillet. Il ne restait des premiers symptômes qu'*un léger embarras de la parole*.

M. P... rentra à Charenton le 11 octobre 1832, c'est-à-dire après quinze mois.

Embarras plus prononcé de la parole. La faiblesse des membres inférieurs est difficile à apprécier, à cause de l'extrême agitation. Nous avons rarement vu le délire des paralytiques mieux caractérisé. Le malade vivait au milieu des illusions ambitieuses les plus étranges ; il répétait sans cesse qu'il avait vingt millions, qu'il était roi de Po-

logne et de Russie ; il prétendait être *immensément raisonnable et avoir bâti le colosse de Rhodes.*

Quatre mois plus tard, devenu complètement paralytique, lâchant involontairement sous lui ses urines et ses matières fécales, il répétait encore qu'il était couché *sur de l'or.*

La mort eut lieu le 19 février 1833, et fut précédée d'une gangrène des orteils et d'eschares très larges sur les jambes, aux trochanters et au sacrum.

Autopsie. — Il y a deux onces environ de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde. Cette membrane, sur la convexité des hémisphères, est blanche, opaque, épaissie. La pie-mère n'est nulle part adhérente aux circonvolutions. La substance grise est à peine rosée dans quelques points. La substance blanche n'est pas injectée. Consistance normale. Le cervelet et la moelle n'offrent rien de remarquable. Aucune altération des viscères thoraciques et abdominaux.

Je pourrais rapporter d'autres faits semblables, mais déjà il en existe dans les auteurs un assez grand nombre. Je me bornerai à en rappeler brièvement quelques-uns.

Observation I

Femme de trente-quatre ans, signes de paralysie générale avec monomanie ambitieuse. A l'époque de la sortie, *intégrité de la raison, avec paralysie incomplète.* (M. Bayle.)

Observation II

Louis-Philippe F..., vigneron, âgé de trente-six ans ; paralysie générale avec monomanie ambitieuse. Cinq mois après, *retour de la raison avec diminution considérable de la paralysie.* (M. Bayle.)

Observation III

Pierre-Étienne R..., âgé de trente-sept ans; paralysie générale avec monomanie ambitieuse. *Cessation du délire avec persistance de la paralysie générale incomplète.* (M. Bayle).

Observation IV

M..., ancien professeur, cinquante ans, paralysie générale avec délire ambitieux. *Guérison du délire, cessation presque complète de la paralysie.* (M. Ferrus.)

Observation V

F..., ancien militaire, trente-neuf ans, paralysie générale, manie. *Cessation du délire, diminution de la paralysie.* (M. Ferrus.)

Observation VI

Pierre-Julien M..., quarante et un ans, paralysie générale avec délire ambitieux. *Amélioration de l'état mental, paralysie stationnaire.* (M. Hubert-Rodriques.)

Il y a des cas où les deux ordres de symptômes disparaissent complètement; mais alors les désordres intellectuels cessent les premiers. Ce fait n'a point échappé à M. Bayle, comme le prouve le passage suivant de son ouvrage :

« Le rétablissement a toujours lieu d'une manière graduelle : l'agitation diminue d'abord, le délire devient moins incohérent, enfin la raison et la tranquillité finissent par renaître; mais la paralysie incomplète, *beaucoup plus opiniâtre*, diminue plus lentement et ne se dissipe entière-

ment *qu'un ou plusieurs mois après le rétablissement des facultés* (1). »

Il résulte de ce qui précède que, chez les paralytiques aliénés dont l'état s'améliore, le délire cesse *avant* la paralysie, ou même disparaît *seul* complètement.

Si on cherche à résumer cette note, on voit :

1° Que la paralysie générale existe dans un assez grand nombre de cas sans délire ;

2° Que la folie cesse avant la disparition des symptômes de paralysie, lorsque la maladie tend vers la guérison.

Ces faits, outre qu'ils ont quelque importance par eux-mêmes dans l'histoire de la paralysie générale, peuvent surtout, à mon avis, contribuer beaucoup à éclairer l'opinion qu'on doit se faire de cette maladie.

« Une lésion des fonctions de l'appareil locomoteur, dit M. Parchappe, désignée sous le nom de paralysie incomplète, *s'associe* fréquemment, dans l'aliénation mentale, à la lésion des fonctions intellectuelles et morales. »

Après avoir décrit les principaux symptômes de la maladie, le même auteur ajoute :

« Soit que l'on considère cette lésion comme une simple *complication* de l'aliénation mentale, ce qui est l'avis *du plus grand nombre*, soit que l'on croie devoir distinguer comme une *espèce particulière* la forme de l'aliénation mentale à laquelle la paralysie s'associe, cette lésion identique de la motilité constitue dans la maladie totale un *élément* assez important pour qu'il soit rationnel de rapporter et de grouper tous les faits qui le contiennent. »

Ce passage de l'ouvrage de M. Parchappe résume bien la manière dont la paralysie générale a été et est encore envisagée.

(1) Bayle, *Traité des maladies du cerveau*, p. 531.

C'est une complication de la folie, un élément nouveau qui s'associe aux désordres intellectuels, ou bien une forme particulière d'aliénation mentale. Dans les deux cas, le phénomène principal est toujours la folie.

Les faits que j'ai indiqués dans cette note pourraient peut-être servir à étayer une opinion différente et qui consisterait ;

1° A faire de la folie un phénomène secondaire, existant le plus souvent, mais pouvant manquer dans un grand nombre de cas ;

2° A séparer complètement la paralysie générale de la folie, et à la regarder comme une maladie spéciale et indépendante.

Je reviendrai sur tous ces points dans un prochain travail et je m'attacherai surtout à rechercher quelles seraient les conséquences de l'opinion que je viens d'énoncer (1).

(1) J'ai substitué le mot *folie* au mot *aliénation mentale*.

La signification du mot aliénation mentale est, en effet, beaucoup plus générale et c'est ce qui a été cause de la confusion que j'ai rappelée plus haut.

J'ai aussi cru devoir supprimer ce qui, dans cette note, se rapporte à la question de savoir si, au début de la paralysie générale, ce sont les lésions des mouvements ou les lésions de l'intelligence qui apparaissent les premières.

III

DE LA

DÉMENCE PARALYTIQUE

ET DE LA MANIE

AVEC DÉLIRE AMBITIEUX

1858

Sous la dénomination de *paralysie générale* on désigne aujourd'hui des faits qui sont, au moins en apparence, très dissemblables.

Je me bornerai, sous ce rapport, à signaler deux groupes principaux :

1° Il arrive chaque jour qu'on voit des malades qui sont peu à peu tombés dans la démence, sans offrir de symptômes de réaction et de délire, ou bien ces symptômes ont été si légers, si passagers, si accessoires au milieu des phénomènes dominants de la démence, qu'ils ne changent rien à la nature véritable de la maladie. En même temps que l'affaiblissement de l'intelligence s'établit, on aperçoit des signes, d'abord peu appréciables, puis de plus en plus tranchés de paralysie. Bientôt enfin, on est en présence d'une démence paralytique dont les symptômes sont si

évidents, que personne ne peut plus les méconnaître. Il y a quelques jours encore, je voyais un malheureux confrère qui, depuis trois mois, est tombé dans la démence paralytique, sans aucun signe de délire. Son intelligence s'éteint graduellement, ses traits se relâchent, sa langue s'embarrasse, ses jambes fléchissent ; mais on n'observe d'ailleurs aucune conception délirante. Il n'y a non plus ni excitation maniaque, ni dépression mélancolique.

2° A côté de ce groupe très nombreux, il en est un autre qui l'est encore davantage, surtout chez les hommes.

Le malade commence par offrir les signes d'une excitation plus ou moins vive ; il va, vient, ne peut rester en place, marche des journées entières, éprouve comme un besoin incessant d'activité. Il fait des projets d'entreprises, achète une foule d'objets, s'emporte dès qu'on le contrarie, ne dort pas. Bientôt, à ces symptômes succèdent un délire maniaque complet, avec prédominance d'idées ambitieuses, et une agitation musculaire spéciale différente de l'agitation maniaque simple. En même temps, si on a l'habitude d'observer ces malades, on saisit par intervalles un peu d'hésitation pour la prononciation de certains mots.

Tels sont les deux groupes principaux de malades qu'on désigne également aujourd'hui sous la dénomination commune d'aliénés paralytiques.

Ces symptômes sont assurément tout ce qu'il y a de plus opposé.

C'est, dans un cas, la débilité, l'inertie, l'extinction lente des fonctions cérébrales.

C'est, dans l'autre, la force, la violence, un surcroît d'activité physique et intellectuelle.

Dans l'état actuel de la science, on arrive cependant à concilier tout cela de la manière suivante :

Les uns regardent les faits du premier groupe, la dé-

mence paralytique primitive et simple, comme très rares. Bayle les a même tout à fait passés sous silence.

La maladie, pour eux, commence toujours ou presque toujours par une monomanie avec excitation, laquelle n'est que le début de la manie.

Dans les cas rares où la démence s'établit d'emblée sans délire, on dit que les premières périodes de la maladie ont manqué.

Quant aux faits du second groupe, on regarde la manie ambitieuse ou comme une période de la maladie, ou mieux comme la forme aiguë; la démence paralytique primitive constitue alors la forme chronique.

La manie ambitieuse ne serait donc qu'une période ou une forme de la paralysie générale.

Voilà, si je ne me trompe, la manière dont les choses sont envisagées aujourd'hui.

Est-ce là, véritablement, la meilleure interprétation des faits, leur interprétation la plus logique? Je dois avouer que, dans ces derniers temps, il m'est venu des doutes à cet égard. Ce sont ces doutes que je vais essayer de justifier dans ce travail.

D'abord, une maladie étant donnée, à quelles conditions est-on fondé à admettre une forme aiguë et une forme chronique?

Il faut pour cela deux choses :

Que la forme aiguë et la forme chronique offrent au fond les mêmes symptômes principaux, et que les lésions anatomiques soient aussi de même nature.

Seulement, dans un cas, la marche sera aiguë, rapide, et on observera des phénomènes de réaction.

Dans l'autre, la marche sera lente, et les phénomènes de réaction feront défaut.

Ainsi, si nous prenons la pleurésie aiguë et la pleurésie

chronique, nous trouvons ces conditions réunies; mais au fond et malgré des différences accessoires, la nature de la maladie est la même.

En est-il ainsi de la manie ambitieuse et de la démence paralytique? l'une est-elle la forme aiguë et l'autre la forme chronique d'une même affection?

D'abord, au point de vue des symptômes, loin qu'ils soient les mêmes, ils sont au contraire opposés; et, qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas ici des symptômes accessoires, mais des symptômes pathognomoniques.

C'est l'excitation intellectuelle et musculaire à côté de la démence et de la paralysie incomplète.

Il n'y a donc pas ici une débilité intellectuelle et musculaire qui, tantôt, marche très rapidement avec des phénomènes de réaction, et tantôt, au contraire, très lentement et sans phénomènes de réaction. — Il n'y a rien de semblable; ce sont, si l'on veut, les convulsions à côté de la paralysie, c'est-à-dire deux appareils symptomatiques de nature différente. Si l'on compare les symptômes de la manie ambitieuse et de la démence paralytique, il semble donc impossible de les considérer comme les formes aiguë et chronique de la même affection.

Voyons maintenant si la comparaison des lésions anatomiques prouve davantage cette identité de nature.

Il faut avouer ici tout d'abord que la discussion devient plus difficile; la science, en effet, est bien loin d'être fixée sur la cause anatomique de la manie ambitieuse et de la démence paralytique.

Toutefois, je vais essayer d'indiquer ce qui me semble résulter des recherches faites jusqu'ici par divers auteurs, et ce que j'ai moi-même observé dans les autopsies très nombreuses que j'ai faites à Charenton et à la Salpêtrière depuis vingt-cinq ans.

Je viens de dire que Bayle avait méconnu la démence paralytique à l'état de simplicité.

Pour lui, la paralysie générale ou la méningite chronique était une forme spéciale de folie offrant toujours trois périodes : la période de monomanie, la période de manie et la période de démence.

La période de monomanie, comme je l'ai déjà fait remarquer ailleurs, n'est, le plus souvent, qu'une excitation maniaque commençante que la manie véritable vient bientôt terminer. Or, il y a, au point de vue des lésions anatomiques, un fait très remarquable, c'est que Bayle a rapporté les phénomènes de paralysie observés dans les deux premières périodes à une certaine lésion anatomique, et les symptômes paralytiques de la dernière période à une lésion très différente.

Pour cet auteur, en effet, la congestion est la cause des phénomènes de paralysie observés dans la manie ambitieuse. L'épanchement séreux et la compression qui en résulte expliqueraient, au contraire, la paralysie plus prononcée de la période de démence.

Je dois faire remarquer que tout le monde semble aujourd'hui d'accord pour admettre que l'épanchement ne vient pas comprimer les hémisphères cérébraux, mais qu'il comble tout simplement les vides que laisse le cerveau en se rétractant sur lui-même, par suite de l'atrophie qu'il subit.

La lésion de la manie ambitieuse (quant aux symptômes de paralysie) est donc pour Bayle une congestion, la lésion de la démence paralytique une atrophie.

J'ajouterai que les cerveaux fortement congestionnés dans la manie ambitieuse aiguë sont par cela même turgescents et très lourds, tandis que, dans l'atrophie, ils sont rétractés et très légers.

J'ai vu, chez des femmes mortes dans le cours de la manie ambitieuse aiguë, des cerveaux de 1100 à 1200 grammes, tandis que, dans la démence paralytique, il n'est pas rare de trouver des cerveaux de 800 grammes.

Dans dix-sept cas de démence paralytique au dernier degré, le poids moyen des deux hémisphères a été de 842 grammes.

Or, l'état normal étant de 1055, il en résulte que, dans la démence paralytique au dernier degré, le cerveau perd au moins 200 grammes, c'est-à-dire plus d'un sixième de son poids.

M. Calmeil qui, on le sait, a combattu sur plus d'un point les idées de Bayle, est loin cependant de rejeter d'une manière absolue son opinion, quant à la cause de la paralysie dans la première période. M. Calmeil dit en effet, dans son article du *Dictionnaire de médecine*, qu'il n'est pas impossible d'expliquer les symptômes de paralysie au début par la seule turgescence du cerveau, c'est-à-dire par l'état congestif de Bayle. Il admet aussi que, dans la dernière période, les épanchements séreux, c'est-à-dire l'atrophie, sont presque constants.

Cette opinion de Bayle que la lésion anatomique des premières périodes est surtout une congestion, est d'ailleurs corroborée au plus haut point par les cas désormais bien avérés de terminaison heureuse, et qui seraient difficiles à expliquer, en admettant des lésions graves et générales de la pulpe cérébrale elle-même.

Mes observations, d'accord avec celles de Bayle, me portent à admettre que, dans la manie ambitieuse, il n'y a encore qu'un état congestif et une hyperhémie très forte du cerveau.

Que, dans la démence paralytique au contraire, il y a une atrophie accompagnée de lésions graves de la substance

cérébrale, lésions dont les principales sont l'état granuleux de la substance grise, une induration spéciale de la substance blanche des circonvolutions, l'isolement des deux substances du cerveau.

La comparaison des lésions anatomiques conduit donc, comme celle des symptômes, à séparer la manie ambitieuse de la manie paralytique.

Pour les symptômes, c'est l'excitation à côté de la dépression ; pour les lésions anatomiques, la turgescence congestive à côté de l'atrophie avec désorganisation.

Je ferai d'ailleurs remarquer que cette comparaison de la manie ambitieuse et de la démence paralytique ne fait que conduire aux résultats déjà signalés par M. Parchappe, pour la manie simple et la démence simple.

Cet auteur, dont le travail sur l'anatomie pathologique est assurément le plus complet qui ait été publié, est arrivé à conclure qu'il y a hyperhémie, turgescence, augmentation de poids dans la manie; atrophie, diminution de poids dans la démence.

Or, on l'a vu, les choses ne se passeraient pas autrement pour la manie ambitieuse et la démence paralytique.

Il y a cependant une différence considérable entre les résultats obtenus dans les deux cas, et cette différence est tout entière en faveur de l'opinion qui séparerait la manie ambitieuse de la démence paralytique.

La turgescence du cerveau dans la manie ambitieuse est portée plus loin que dans la manie simple, mais surtout l'atrophie de cet organe est bien plus considérable dans la démence paralytique que dans la démence simple.

Dans la démence simple au plus haut degré, dans celle que M. Parchappe a désignée sous le nom de *stupidité*, le cerveau, en effet, d'après cet auteur, ne perdrait qu'un vingtième de son poids au plus, tandis que, comme je l'ai

dit, il perd au moins un sixième dans la démence paralytique.

Je ferai remarquer que pour la démence simple, dans les trois premiers degrés indiqués par M. Parchappe, il n'y aurait point d'atrophie proprement dite, au moins d'atrophie absolue.

Le poids moyen du cerveau chez l'homme est, d'après M. Parchappe, de 1323 grammes, et, chez la femme, de 1210 grammes. Or, dans les trois premiers degrés de la démence, la moyenne du poids de l'encéphale est de 1381 grammes pour les hommes et de 1223 pour les femmes.

Dans ces trois premiers degrés de la démence, l'encéphale, loin d'être atrophié, conserverait donc, au contraire, un peu de l'augmentation de poids qu'il offre dans la folie aiguë.

J'insiste sur ce fait, parce que, dans le dernier degré de la démence, il y a très souvent un engourdissement des mouvements qui constitue une véritable lésion musculaire.

Or, en voyant l'atrophie rapide du cerveau dans la démence paralytique et dans la démence sénile, cas dans lesquels la double lésion musculaire et intellectuelle se trouve réunie, on se demande si cette double lésion n'est pas la condition de l'atrophie ; sans prétendre retrancher en ce moment cette question de physiologie pathologique, je crois qu'elle mérite de fixer l'attention et je me propose de la discuter dans un prochain travail. Quoi qu'il en soit, il résulte évidemment de ce qui précède que l'atrophie est infiniment plus forte dans la démence paralytique que dans la démence simple ; d'où cette conclusion que si, au point de vue des lésions anatomiques, on est forcé de séparer la manie et la démence, à plus forte raison est-on conduit au même résultat pour la manie ambitieuse et la démence paralytique.

Si donc on s'en tient à la comparaison des symptômes et des lésions, on séparera, sans nul doute, ces deux affections qui cesseraient d'être regardées comme les formes aiguë et chronique de la même maladie; mais on peut, je le sais, s'appuyer pour les réunir sur d'autres considérations.

La manie ne se termine point fatalement par la démence; beaucoup de maniaques guérissent, d'autres succombent après un temps plus ou moins long, sans que la terminaison par la démence ait eu lieu.

Il n'en est plus de même, dira-t-on, pour la manie ambitieuse avec quelques signes légers de paralysie; si on a fait de cette manie ambitieuse une période ou une forme de la démence paralytique, c'est que celle-ci succède fatalement à la manie ambitieuse.

« Si, en observant la manie à son début, dit Esquirol, on démêle des symptômes de paralysie, quelque légers que soient ces symptômes, on peut hardiment pronostiquer que la démence succédera à la manie ; il en sera de même de la monomanie, quel que soit le caractère du délire, et l'on peut ajouter que la mort ne tardera pas à mettre fin à la maladie. »

Cette opinion d'Esquirol est encore aujourd'hui généralement admise.

Pour quelques auteurs, il n'est pas même nécessaire qu'il y ait quelques signes, même légers, de paralysie; il suffit que la maladie ait été précédée de congestions cérébrales, ou bien qu'elle soit accompagnée d'un délire ambitieux très tranché. Bayle, en effet, regarde la congestion comme n'appartenant qu'à la méningite chronique; pour lui, elle n'a jamais lieu dans les autres maladies mentales; cette opinion, alors même qu'elle souffrirait quelques exceptions, est certainement fondée sur l'observation, mais

ellea pour conséquence de faire ranger de prime abord tous les malades qui ont eu des congestions dans les paralytiques.

Quant au délire ambitieux, j'ai cité récemment une observation de M. Jules Falret, ayant pour titre *folie paralytique*, et dans laquelle le diagnostic et le pronostic de la maladie, alors qu'il n'y avait encore aucun phénomène de paralysie, étaient principalement, sinon uniquement, fondés sur l'existence du délire ambitieux.

Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'à plus forte raison affirme-t-on l'existence de la paralysie générale lorsqu'on trouve réunis les deux ordres de symptômes.

Il résulterait, comme on le voit, de l'opinion généralement admise, que la manie ambitieuse est en quelque sorte le début de la démence paralytique, et que, sous ce rapport, la comparaison ne peut plus être continuée entre elle et la manie simple.

C'est là assurément une grave objection, et je suis bien loin de prétendre qu'elle n'ait rien de fondé ; sans nul doute, les maniaques ambitieux qui tombent dans la démence paralytique sont beaucoup plus nombreux que les maniaques simples, dont la maladie finit par la démence; mais, d'un autre côté, n'a-t-on pas beaucoup exagéré en faisant de la démence paralytique la terminaison en quelque sorte obligée de la manie ambitieuse? C'est par des faits qu'il convient de répondre à cette question.

Les auteurs ont cité quelques observations de guérisons qui avaient eu lieu alors même que le malade avait présenté les symptômes les plus graves de paralysie ; si ces faits sont exceptionnels, ils n'en ont pas moins une très haute signification; il me semble utile de réunir ici ceux que je connais.

OBSERVATION I

SOMMAIRE : Manie avec prédominance de délire ambitieux, accompagnée de symptômes très graves de paralysie générale. — Formation d'eschares. — Guérison. — Durée de la maladie inconnue. — Durée connue de la guérison, vingt-cinq ans.

Cette observation a été recueillie par M. Ferrus ; il s'agit d'un malade dont la guérison s'est maintenue pendant vingt-cinq ans. Ce fait est rapporté dans la thèse de M. Lasègue.

« Le malade, ancien professeur de belles-lettres, avait, après de courts prodromes, été pris d'un accès de délire ambitieux, accompagné des symptômes caractéristiques; d'autres accès avaient suivi, pendant trois mois, se répétant à diverses reprises et laissant, dans l'intervalle le plus calme, des idées de grandeur et les troubles nerveux les plus significatifs. Placé dans un asile privé, marchant avec peine, paresseux dans ses mouvements et avide de nourriture, il avait vu sa santé générale se détériorer graduellement ; les gencives étaient devenues scorbutiques, des pétéchies avaient apparu, des eschares avaient creusé la peau au-dessous des saillies osseuses et il n'était plus permis d'espérer d'autre terme à ses maux qu'une fin prochaine. Peu à peu et dans un espace de temps assez court, les symptômes s'améliorent, la constitution se raffermit, les mouvements reprennent de la régularité et, après un an environ de maladie, la guérison était complète. Elle s'est maintenue jusqu'à la mort, survenue vingt-cinq ans après l'invasion de la paralysie, à la suite d'une affection thoracique. Il n'est resté aucun phénomène pathologique, si ce n'est une gêne singulière de la parole ; il ne bégayait pas, mais fréquemment il s'arrêtait avant de prononcer un mot et surtout de commencer une phrase ; puis, après

cette brusque suspension, il reprenait librement son discours. »

OBSERVATION II

SOMMAIRE : Manie avec délire des grandeurs, accompagnée de symptômes graves de paralysie générale. — Plaies nombreuses sur divers points du corps. — Guérison. — Durée de la maladie, une année. — Durée connue de la guérison, dix ans.

M. *** est né dans un des comtés de l'intérieur de l'État de New-York et il y habite. Il est d'une taille moyenne ; il a les cheveux bruns, les yeux gris, un tempérament lymphatico-nervoso-sanguin. Sa constitution est vigoureuse, son intelligence au-dessus de la médiocrité. Après avoir fait ses études classiques, il a étudié le droit et la jurisprudence et est devenu éminent dans sa profession. Il s'est marié à trente-quatre ans. Sans être intempérant, dans le sens ordinaire de ce mot, il paraît cependant qu'il aimait la bonne chère et qu'il s'adonnait volontiers au luxe de la table. Un de ses oncles du côté paternel était aliéné et une tante du côté maternel avait été mélancolique.

Au mois d'août 1847, il fut vivement affecté par la mort d'un enfant qu'il aimait beaucoup, et au mois de septembre, s'étant engagé dans certaines difficultés d'argent, il devint mélancolique. Au commencement de 1848, il eut dans un même jour *plusieurs attaques épileptiformes*. Ses amis disent cependant que déjà avant cet accident la *parole était embarrassée* et que les muscles de son bras étaient tellement affaiblis qu'il était incapable d'écrire. Sa maladie fit des progrès lents et graduels, et il resta quelque temps soigné par les médecins locaux. Le 30 juillet 1848, il fut admis dans l'asile de Bloomingdale, âgé de quarante-deux ans.

A son entrée, il est très agité, continuellement en mou-

vement; il va et vient, parlant sans cesse d'une manière incohérente et surtout d'affaires d'argent. Il a besoin d'aller à la Bourse pour y acheter pour trente-cinq mille dollars d'actions de chemins de fer et y faire une grande spéculation. Il parlait rapidement, mais sautait fréquemment une syllabe et hésitait quelquefois, incapable de prononcer certains mots. Les pupilles sont contractées, mais de dimensions égales; la langue chargée, le pouls accéléré. Après l'administration d'un purgatif, on lui fit prendre trois fois par jour trente gouttes de vin émétisé avec dix gouttes de teinture de digitale.

Le 31. — Il est toujours très agité, disant qu'il veut sortir de la maison et aller à la Bourse. Sa parole est plus défectueuse qu'hier. Pas de garde-robe. Calomel et jalap.

Le 6 août. — La pupille de son œil gauche est plus large que celle du droit, et il y a évidemment paralysie partielle de tous les membres.

Le 11 août. — Son agitation est presque entièrement calmée, et la paralysie a fait de tels progrès *qu'il ne peut marcher sans aide.* — Supprimer le vin émétisé et la digitale et donner trois fois par jour une infusion tonique.

Le 14. — Ses idées de richesse, de position dans le monde et de pouvoir ont été en augmentant sans cesse depuis son entrée. Il dit maintenant qu'il est entré dans les affaires en empruntant un capital de trois cents dollars et qu'avec cela il en a accumulé cinq millions. Dans la ville d'Ostuvo, il possède cent cinquante moulins, contenant chacun cinq séries de meules et donnant vingt-cinq mille sacs de farine par semaine, ce qui lui rapporte un million de dollars. Il a en mer sept vaisseaux, dont quatre pêchent la baleine, deux sont frétés pour la Chine et un pour la

Méditerranée. Il a acheté toute l'étendue des États-Unis, à l'exception de New-York et de Philadelphie, ainsi que toutes les terres à blé du Canada et tout le Mexique, et tout cela ne lui a pas coûté plus d'un million de dollars. Il possède deux houillères, l'une au Mexique et l'autre dans la Virginie, toutes les mines de cuivre du Wisconsin, une mine d'or en Afrique, toutes celles du Mexique, ainsi que toutes les mines d'or et de fer, et le revenu de chacune de ces mines est de soixante et dix mille dollars en trois semaines. Il possède encore : 1° la banque de Milwankee, avec un capital de trois cent mille dollars; 2° trois cent mille dollars placés à 12 pour 100 à New-York; 3° pour cinq millions d'actions du chemin de fer du fleuve Hudson; et 4° une factorerie dans une des villes situées sur le fleuve Hudson ; enfin, il est sur le point de fonder à New-York une banque au capital de deux millions de dollars.

Il affirme qu'il est un des juges à la Cour suprême de l'État de New-York et qu'il est un des membres choisis pour le prochain congrès. On va le nommer ministre en Angleterre; il sera ensuite élu gouverneur de l'État et il remplacera le général Taylor comme président des États-Unis. Demain, il va partir pour faire une excursion par Québec, Montréal, Oswego, les chutes du Niagara, l'Ohio, Washington, la Floride, le Mexique et Buenos-Ayres; il reviendra par la voie de Mexico, le Mississipi, l'Illinois et l'Orégon. Ce voyage lui prendra quatre semaines. Ensuite, il partira pour l'Europe et passera deux ans en Angleterre, deux ans en France, un an en Suisse, un an en Allemagne, un en Suède, trois en Russie, un en Norwège, un en Turquie, à Constantinople (Con-con-stan-no-nople), et une semaine en Afrique, en tout dix-huit ans. Il emmènera sa femme et ses enfants en Russie, sur un bateau à vapeur de mille tonneaux qu'il fera bâtir exprès pour ce voyage. Il le

renverra ensuite avec une cargaison de marchandises anglaises sur lesquelles il gagnera cent mille dollars. A son second voyage, il a l'intention de bâtir à son retour vingt maisons, coûtant chacune dix mille dollars dans un des docks de New-York.

Le 17. — La sensibilité générale est obtuse, le goût imparfait. On lui ordonne du sulfate de magnésie, qu'il boit en solution concentrée, et il déclare que c'est un rafraîchissement de première qualité.

Le 21. — La paralysie a gagné les sphincters de l'anus et de la vessie. La manière de parler varie beaucoup et est certains jours bien plus mauvaise que d'autres. Il a presque complètement perdu la mémoire des faits récents. Il dit qu'il a invité plusieurs personnes à dîner, entre autres Dieu et Van Burne. Un de ses baleiniers est rentré hier avec douze cents barils d'huile, sur lesquels il va gagner cinquante mille dollars. En apprenant qu'il y a eu un incendie considérable à Albany, il remarque qu'il ne possédait aucun des monuments brûlés, à l'exception de l'hôtel de l'Aigle, de la maison de ville, de la douane et de l'Odéon, qui tous sont assurés pour toute leur valeur. Il ajoute qu'il a acheté les terrains incendiés et qu'il va les reconstruire tout en marbre; il va faire donner immédiatement cent dollars aux victimes, et peu à peu il donnera cinquante mille dollars.

Il y a un grand nombre de plaies sur son corps : les unes semblent s'être produites sans cause extérieure; les autres se sont produites dans les endroits de sa peau qui avaient été dénudés lors de sa grande agitation. Il essaye d'écrire son nom ; la main est incertaine et se meut par sauts inégaux, et bien que deux ou trois lettres soient correctes, il y en a d'autres fort imparfaites, plusieurs sont omises, et il y a des signes qui n'ont aucun sens. Il lui faut cinq ou

six fois plus de temps qu'il ne lui en fallait autrefois. Dans une seconde tentative, il a un peu plus de succès, mais son écriture n'est pas plus correcte que celle d'un enfant dans ses premiers essais d'écriture en fin.

Le 1er septembre. — La pupille gauche est plus grande que la droite; toutes les deux sont contractées.

Le 3. — Il dit qu'il possède dix millions de dollars, et que Dieu est descendu le voir; il a maintenant soixante-quatre ans, mais Dieu fera qu'il n'en ait plus que vingt-cinq.

Le 5. — Outre les fausses idées de richesse, il a maintenant de nombreuses illusions religieuses ; il dit souvent qu'il est évêque ou ministre, et il assure qu'il va prêcher dans l'église de la Trinité.

Le 17. — Il dit que Dieu est assis sur son trône, au haut de sa chambre et qu'il va prêcher; il nous invite à monter le voir. On lui a mis aujourd'hui un séton.

Le 27. — Son pouls est toujours rapide. Il bat maintenant 124 fois par minute; il est petit et égal. Les pupilles sont à peu près égales, la langue légèrement chargée, les selles régulières, les sphincters soumis à la volonté, la sensibilité générale moins obtuse qu'elle n'a été. Il écrit mieux qu'il y a quelque temps et peut rester debout, mais il ne peut marcher sans aide. On lui demande quelle est sa fortune. Il répond « neuf cent mille dollars », puis hésite un moment et ajoute : « Non, Dieu dit dix millions. J'ai gagné dix mille quatre cents dollars depuis que vous êtes assis là, et je possède pour un million de bijoux. »

Le séton a beaucoup suppuré pendant tout le mois. L'infusion tonique fut suspendue au commencement d'octobre, et remplacée, pendant une partie du mois, par des doses altérantes de bichlorure de mercure. Pendant ce traitement, le séton suppura à peine, la plupart des plaies

que le malade avait sur le corps guérirent ; l'appétit, la digestion étaient en bon état. A la fin du mois, il fut pris d'une diarrhée, calmée bientôt par les opiacés. Tous les symptômes caractéristiques de la démence paralytique variaient de jour en jour ; mais à partir du 27 septembre, il ne fut jamais mieux que ce jour-là. Le caractère général de son délire resta le même. Un jour, il énuméra les différentes places qu'il occupait pour le moment ; c'étaient entre autres, la présidence de plusieurs banques, de compagnies d'assurances et de chemins de fer ; une foule d'évêchés ; plusieurs emplois du gouvernement. L'ensemble de ses appointements montait à soixante-quinze dollars.

Le 3 novembre 1848, le malade sortit de l'asile de Bloomingdale pour entrer dans la maison particulière du docteur Macdonald, à Fleeshing. Après une résidence de quelque temps, sa position commença à s'améliorer, et, au bout de quelques mois, il en sortit guéri. Le docteur Macdonald étant mort peu après, je n'eus pas la facilité de causer avec lui de ce cas si remarquable ; mais le docteur B. Ogde m'a fait savoir que l'on n'avait pas supposé que ce fût au traitement employé qu'était due cette cure, et que le docteur Macdonald l'attribuait tout aux efforts de la nature.

Ce monsieur vit toujours. Il jouit d'une excellente santé physique et intellectuelle, et il s'occupe d'affaires importantes avec succès.

Cette observation m'a été communiquée par M. Foville fils. Elle a été traduite par lui et extraite d'un travail du docteur Earle sur la paralysie générale, travail publié en juillet 1857, dans *the American Journal of the medical Science.*

On voit que la guérison se maintenait depuis près de dix ans.

Observation III

Sommaire. — Paralysie générale. — Symptômes de la dernière période. — Œdème aigu de l'une des jambes, avec gangrène. — Guérison. — Durée de la maladie, inconnue. — Durée connue de la guérison, six ans.

A la suite d'un violent chagrin, le général bavarois X..., appelé à commander, en 1848, un camp d'observation, s'échappa de son armée. On le rencontra à une certaine distance, dans un état déplorable ; ses vêtements sont en désordre. X... est plongé dans la stupeur la plus profonde. Placé à l'asile d'Erlangen, il ne tarda pas à donner des signes non équivoques de paralysie générale. X... était arrivé promptement à la dernière période de la maladie, lorsque survint à l'une de ses jambes un œdème aigu, avec gangrène et eschare partielle.

A dater de ce moment, les phénomènes paralytiques disparaissent d'une manière rapide, X... guérit complètement. M. Renaudin, qu'on avait consulté dans le courant de sa maladie, en a eu des nouvelles depuis peu ; la guérison ne s'est pas démentie. »

Cette observation est rapportée dans la thèse de M. le docteur Baume ; elle lui a été communiquée par M. Renaudin.

Observation IV

Sommaire. — Manie aiguë. — Tendance au délire ambitieux. — Faiblesse de la mémoire. — Démarche mal assurée. — Éruption de furoncles, suppuration abondante. — Embarras de la parole. — Guérison. — Durée de la maladie, un an environ. — Durée de la guérison, cinq ans. — Mort subite par hémorrhagie cérébrale.

En voyant l'extrême fréquence des crises dans la manie ambitieuse, accompagnée ou non de signes de paralysie générale, j'ai pensé que peut-être Esquirol aurait rapporté

quelques observations de ce genre dans son mémoire sur les crises dans la folie. J'ai trouvé le fait suivant, que je cite en entier pour qu'il ne reste aucun doute sur l'existence de la paralysie générale :

« M. de T..., ancien militaire, âgé de quarante-sept ans, issu d'un père et d'un oncle aliénés, d'un tempérament sanguin, sujet depuis de longues années au *tremblement des mains*, était d'un caractère doux, indifférent, irrésolu, d'un esprit borné, peu propre à l'étude. Quoique sans passions, il aimait beaucoup les femmes, et n'était point difficile sur le choix. Son éducation fut négligée, et sa fortune altérée par l'injustice de ses parents et par les suites de la Révolution. Sa femme ayant eu onze fausses couches, il s'affligeait beaucoup de n'avoir pas d'enfants auxquels il pût donner son nom et sa fortune. Depuis quelque temps, le tremblement des mains ayant diminué, le malade a eu quelques hémorrhoïdes et est devenu plus sombre. Pendant l'été de 1801, il devint triste, taciturne, indifférent pour ses affaires, sa femme et ses amis, se permettant des propos très libres avec les dames ; mangeant beaucoup, faisant moins d'exercice, il prit de l'embonpoint.

Printemps de 1803. — *Affaiblissement des facultés intellectuelles, surtout de la mémoire.* Le malade sort de chez lui sans but et y rentre de même sans motif et à toutes les heures ; deux fois le même jour, il se rend à pied chez une dame et chez une cousine pour demander leur main ; une autre fois, il veut aller se noyer ; enfin, il y a quelques jours, il déserte son hôtel, ne rentre point, et on le trouve à pied, à plusieurs lieues sur la grande route, sans savoir où il porte ses pas.

1er mai 1802. — Le malade est conduit à Paris et confié aux soins de Pinel et aux miens. M. de T... a la face pâle, les traits relâchés, les yeux fixes ; il tremble des mains;

il *vacille sur les jambes;* il a un appétit vorace, de la soif, de la difficulté et de la douleur en urinant. La *mémoire est affaiblie,* les idées intermédiaires manquant pour suivre un raisonnement; quelquefois, M. de T... devient violent : son délire tient alors de l'exaltation; la face se colore, les yeux sont brillants, les mouvements sont libres et continuels; le malade crie, brise, déchire, déplace, ramasse tout ce qu'il rencontre. Des sangsues sont appliquées à l'anus et coulent abondamment, des boissons laxatives provoquent des déjections sèches et noires; le sommeil est troublé par des rêves affreux.

Juin. — Bains à 22°; douches sans nul effet; vésicatoire à la nuque, suivi de rémission; quelques jours après, frisson, tendance à l'assoupissement; retour du délire, de l'agitation, de la fureur et du besoin de déchirer; sangsues à l'anus.

19. — Flux hémorrhoïdal, suivi de plus d'exaspération; propos obscènes; projet de mariage; besoin irrésistible de marcher et d'exercer ses mains à mal faire. Bains avec lotion d'eau froide sur la tête.

29. — Tout à coup, cris affreux, hurlements; M. de T... appelle son fils (il n'a pas d'enfant); il s'obstine à rester nu. Alors la face est très rouge, la peau brûlante, la fureur éclate pour la plus légère contrariété. Cet état augmente pendant la nuit. On multiplie des lotions d'oxicrat sur la tête; plusieurs verres d'émulsion sont bus avec avidité. On laisse le malade au grand air, se promener tout nu, on l'éponge avec l'eau froide, rien ne le calme. A deux heures de la nuit, le malade, qui s'était endormi en se couchant, rendu de fatigue, est éveillé par un rêve affreux : il croit être entouré de voleurs; il place avec effort son lit contre la croisée pour les empêcher d'entrer. — En même temps, il pousse des cris effrayants, frappe

à coups redoublés contre les murs, contre la porte de sa chambre; j'accours auprès du malade; mes exhortations, la présence de plusieurs domestiques ne peuvent ni le rassurer ni faire cesser ses vociférations; la face est extrêmement rouge, les vaisseaux sanguins du col, de la tête, sont très gonflés, la peau est brûlante, la fureur est extrême; je menace le malade de la douche; il la désire, la reçoit, se calme; à mesure que l'eau froide tombe sur sa tête, il remercie du bien qu'on lui fait, se couche, boit plusieurs verres d'émulsion très fraîche, et dort très bien le reste de la nuit.

30. — Calme, délire d'actions qui semble provoqué par le génie de la destruction; en déchirant son linge, M. de T... assure qu'il fait des chemises, des draps, des matelas. Le vésicatoire coule, quoique souvent arraché. Tisane amère laxative.

1er juillet. — Retour des cris, de l'agitation et de la fureur. Lotions d'oxicrat sur la tête et sur tout le corps, suivies de sommeil.

3. — Furoncles au dos et au bras; calme, tristesse, pleurs; moins de délire, même besoin d'agir et d'exercer ses mains, dévoiement.

5. — Nouvelle exaspération, mais passagère, et pendant laquelle la face est très rouge.

8. — Application de sangsues à l'anus; le vésicatoire et plusieurs furoncles se dessèchent, par l'impossibilité de maintenir l'appareil du pansement.

9. — Alternative de calme et d'agitation. M. de T... détruit tout; il démolit, dit-il, pour rebâtir; il casse pour faire des objets neufs; il arrache les arbres pour activer la végétation; il déchire son linge pour en augmenter la quantité; il se marie avec sept ou huit femmes; il crie pendant la nuit; par instants, il fait des hurlements. Le 10, à

une heure de la nuit, il jette contre sa porte le bois de son lit, qui est d'un poids énorme. On arrive auprès du malade, on le trouve pâle, tremblant, effrayé; il croit avoir vu quatre voleurs qui voulaient entrer dans sa chambre. On le rassure, on lui mouille la tête, on lui éponge tout le corps avec l'oxicrat très froid, on le couche, et il dort parfaitement le reste de la nuit.

12. — Bains tièdes, douches tous les deux jours, calme, instants lucides, sommeil. Vers la fin du mois, l'agitation reparaît, toujours précédée par la pâleur et accompagnée de rougeur de la face, de chaleur et de soif. Le vésicatoire est séché, et les furoncles n'ont plus suppuré; le dévoiement a cessé.

30. — Instants lucides, promenades au dehors; le malade déchire moins, reste vêtu, mange avec propreté, mais dès le point du jour il bouleverse tout dans sa chambre. Bains tièdes, aloès, poudre de racine de rhubarbe mêlée avec la poudre de feuilles d'oranger.

20 août. — Éruption de plusieurs furoncles; même traitement; boisson amère.

27. — Retour sensible vers la raison; le malade a écrit à sa femme.

30. — Suppuration abondante des furoncles, sommeil; le malade ne déchire plus, mais tous les matins son lit est bouleversé.

4 septembre. — Rougeur de la face, agitation, délire, impatience. Les furoncles coulent peu; retour des forces.

13. — Nouveaux furoncles, calme, presque point de délire.

21. — Suppuration abondante des furoncles; le malade jouit de toute sa raison, désire voir sa femme, et parle de retourner chez lui.

29. — Agitation, pleurs, idées disparates, selles abon-

dantes; laxatifs combinés avec les amers et alternés avec les bains tièdes.

11 octobre. — Raison parfaite; *mémoire un peu faible*; face décolorée par moments; *léger embarras de la langue, démarche lente, peu sûre*. Les furoncles commencent à sécher. Promenade à pied, en voiture. Quinquina, vin d'Espagne, cautère au bras.

Novembre. — Rétablissement des forces, mouvements faciles, gaieté, prévenances sociales.

25. — Arrivée de sa femme; il a été plus triste et plus rêveur les jours suivants; les yeux sont rouges. Céphalalgie.

28. — *Légère paralysie de la langue*, dissipée par l'exercice et le travail du jardin; bains de pieds sinapisés plusieurs jours de suite, lavements purgatifs, sangsues à l'anus le 29.

Décembre. — Vésicatoire à la nuque, qui a coulé pendant quelques jours, infusion d'arnica. Santé parfaite.

Le malade est parti pour la province le mois suivant, pendant une gelée très forte. Sa voiture a été renversée et a roulé à plusieurs toises de profondeur, sans que la raison ait éprouvé la moindre atteinte de cette violente secousse. *Cinq ans après*, M. de T..., dont les hémorrhoïdes coulaient abondamment et qui jouissait d'une très bonne santé, fut frappé de mort par une hémorrhagie cérébrale. »

Observation V

Sommaire. — Manie avec délire des grandeurs, accompagnée de symptômes graves de paralysie générale. — Abcès du foie. — Guérison. — **Durée de la maladie, huit mois. — Durée connue de la guérison, trois ans.**

Cette observation est empruntée à M. Morel; il s'agit d'un ouvrier devenu d'abord mélancolique et chez lequel se déclara bientôt un accès maniaque

« Lorsque ce malade fut confié à nos soins, dit M. Morel, il était livré à une agitation violente ; son délire des grandeurs augmentait la gravité du pronostic par sa coïncidence avec un embarras très grand dans la parole et un affaiblissement des extrémités inférieures qui le faisait chanceler comme un homme ivre. Pendant plus de sept mois, ce malheureux offrit toutes les phases de la paralysie générale, jusqu'à ce qu'enfin nous fûmes obligés de l'aliter à cause de son état d'épuisement et de marasme. Un abcès du foie vint compliquer la situation; plus d'un litre de pus s'écoula dans une première ponction pratiquée dans le foyer. Nous ne pûmes calculer ce que le malade perdit par une suppuration successive qui dura plus de quinze jours et qui avait son issue par la fistule que nous dûmes entretenir. Nous ne pouvions supposer que la continuation de l'existence fût possible avec des désordres aussi graves. Cependant, vingt jours après avoir été alité, la fièvre était moins ardente chez ce malade; il prit des forces; il ne délirait plus dans le sens des grandeurs; il n'était plus Napoléon, ne distribuait plus ni charges, ni dignités. Ses conversations avec les siens étaient l'expression de la raison; l'embarras de la parole allait en diminuant pour disparaître tout à fait, et lorsque cet aliéné sortit, après plus de huit mois de séjour, il put non seulement reprendre son état de teinturier à Nancy, mais il transporta son industrie à Paris, où, depuis trois ans, il l'exerce sur une plus vaste échelle, sans que sa raison ait souffert la moindre atteinte, sans que les phénomènes de la paralysie aient reparu. Tel est cet homme dont nous avions pronostiqué non seulement l'incurabilité, mais encore la fin prochaine. »

Observation VI

Sommaire. — Manie avec délire ambitieux et embarras de la parole. — Paralysie générale confirmée. — Écoulement purulent par les oreilles. — Guérison. — Durée de la maladie, un an. — Durée de la guérison, inconnue.

« P..., né en 1814, célibataire, domestique, a toujours eu une conduite exemplaire sous tous les rapports.

Ce garçon entre, en décembre 1854, à l'asile de Sainte-Gemmes, pour une affection caractérisée par une certaine agitation, des idées de grandeur et un embarras dans la parole, qui font diagnostiquer une paralysie générale progressive.

En juin 1855, la paralysie est confirmée, mais les idées de grandeur ont disparu; P... est calme et travaille.

L'embarras de la parole est considérable, et la sensibilité morale très exaltée.

Décembre 1855. — Il survient des symptômes de méningo-encéphalite suraiguë. Malgré le délire le plus aigu et le plus véhément, il y a cependant, par instants, retour au libre arbitre et à la conscience de son état. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe, ainsi que de l'hyperesthésie cutanée, augmentent la nuit; la fièvre est intense. (Le cinquième jour de cet état, saignée aux deux artères temporales; 300 grammes environ; un vésicatoire à chaque mollet.) La face, jusque-là très rouge et bouffie, pâlit. Le malade devient plus calme.

Le lendemain, écoulement de pus par les deux oreilles; la fièvre est tombée; le délire est peu intense et offre de fréquentes rémissions; les vésicatoires donnent un séro-pus abondant les jours suivants; l'écoulement des oreilles continue quelque temps.

Janvier 1856. — L'amendement progresse; le malade

est calme pendant le jour, mais tous les soirs il a des hallucinations et un peu de délire suraigu.

Février. — Rémission permanente, plus de délire du tout.

Mars. — La rémission continue; l'embarras de la parole diminue.

Avril. — La rémission est aussi complète que possible.

Mai. — Sortie en bon état apparent.

Mais P... retombera-t-il? Il faut le craindre.

Il n'avait toujours pas été reconduit à l'asile en septembre 1857. »

Cette observation est citée par M. Combes dans sa thèse sur la marche de la folie.

Le fait suivant a été recueilli par M. Baume et rapporté aussi dans sa thèse.

Observation VII

Sommaire. — Manie. — Délire ambitieux. — Paralysie générale à la seconde période. — Mort imminente. — Œdème aigu de la jambe droite, eschares. — Guérison. — Durée de la maladie, plus d'une année. — Durée de la guérison, inconnue.

« A son entrée à Maréville, nous n'observions chez la femme Leb..., dit M. Baume, qu'un délire des grandeurs avec une inégale dilatation dans les pupilles. La malade se disait décorée par Napoléon pour avoir vaincu Adb-el-Kader; elle ne comptait que par millions, distribuait des honneurs et des dignités à tout le monde. Au bout d'un an, la paralysie générale en était à la *seconde période*. En novembre et décembre 1853, la femme Leb... tomba dans cet état congestionnaire qui précède si souvent la terminaison funeste des paralysies. La malade criait nuit et jour, et n'avait pas un instant de repos. Au moment où nous regardions la mort comme imminente, il se déclara à

la jambe droite un œdème aigu, comme dans le cas précédent, avec gangrène et eschare partielle. L'agitation alla en diminuant à mesure que la plaie prenait un meilleur aspect, tous les symptômes de paralysie s'amendèrent, et depuis deux mois cette malade a recouvré des forces et de l'embonpoint; ses pupilles sont dilatées à peu près également, le délire a disparu. Leb... manifeste les sentiments les plus naturels à l'égard de sa famille; elle s'occupe activement et tourmente pour avoir sa sortie. »

La huitième observation est empruntée à la thèse de M. le Dr Fabre. Comme on le verra, le malade a guéri après avoir subi l'amputation de la cuisse. J'ai moi-même recueilli un fait semblable que je citerai plus loin.

Observation VIII

Sommaire. — Manie. — Délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Paralysie générale confirmée. — Entorse suivie d'accidents qui nécessitent l'amputation de la cuisse. — Insensibilité du malade pendant l'opération. — Suppuration très abondante. — Durée de la maladie, six mois. — Durée de la guérison, inconnue.

« Louis Buffé, âgé de quarante-sept ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une taille moyenne, ayant le système musculaire développé et le crâne bien conformé, fut conduit à l'hospice de Bicêtre le 3 mai 1830. Sa femme, qui nous a fourni des renseignements sur son compte, nous a assuré qu'après avoir offert depuis plusieurs années une bizarrerie croissante, il avait fini par montrer de l'incohérence dans les idées et ne plus parler que de fortune et de grandeurs. Il possédait, disait-il, 50,000 francs de rente, tantôt des millions, tandis qu'il avait à peine de quoi vivre. Lorsque nous pûmes observer cet infortuné, nous constatâmes une diminution très marquée de l'intelligence, de l'incohérence dans les idées, de l'embarras

de parole, quelques légers tremblements des membres, et une faiblesse musculaire bien marquée. Ses discours étaient le plus souvent décousus, et sa mémoire en défaut. Il ne paraissait occupé que d'idées de richesse et d'ambition.

Cet infortuné, en cherchant à s'évader, fit une chute de trente pieds de hauteur (10 mai). On le transporta à l'infirmerie, où je constatai l'existence d'une fracture des os propres du nez, avec saillie des fragments à droite. Le blessé portait en même temps une plaie contuse à la partie interne du sourcil gauche. — L'articulation du cou-de-pied gauche était tuméfiée et présentait les traces d'une forte contusion.

Pour ne pas donner, jour par jour, les détails que j'ai recueillis, parce qu'ils occuperaient plus d'espace que je ne peux leur en consacrer, je me bornerai aux principaux. — La plaie du sourcil se cicatrisa promptement, et la fracture des os propres du nez se consolida sans accidents. Les résultats ne furent pas si heureux pour la jambe et le cou-de-pied gauches. Malgré l'usage de tous les moyens appropriés en pareil cas, la tuméfaction devint énorme et dépassa le niveau de la rotule. Il tomba une large eschare; il se forma de vastes collections purulentes dans l'épaisseur de la jambe, et bientôt il en sortit des flots de pus. On sentit à nu le tibia et le péroné, et on reconnut que les surfaces osseuses de l'articulation du cou-de-pied étaient cariées.

Les forces du malade étaient anéanties par une suppuration abondante et un dévoiement continuel; la suppuration se tarissait; une teinte jaune-paille de la peau, la toux et une accélération dans les mouvements respiratoires donnaient déjà les signes d'une résorption purulente, lorsque M. Murat, ne voyant que des chances d'insuccès,

ne se détermina à pratiquer l'amputation du membre que sur les instances de M. Ferrus.

Avant d'aller plus loin, je ferai remarquer que, pendant tout le temps qui précéda l'opération, Buffé ne témoigna aucune douleur, et que nous nous assurâmes à plusieurs reprises, en le piquant avec une épingle, que non seulement la peau, mais encore les parties plus profondément situées, avaient perdu leur sensibilité. Les accidents qui avaient accompagné la chute, loin d'apporter quelque amendement dans les symptômes cérébraux, parurent les augmenter en intensité.

Lorsque M. Murat pratiqua l'amputation (26 juin), il trouva la jambe désorganisée si haut, qu'il fut obligé d'opérer la section à la partie moyenne de la cuisse. Une circonstance qui étonna tous ceux qui assistaient à l'opération, c'est que cet infortuné ne se douta même pas qu'on la lui pratiquait, et ne donna aucun signe de douleur.

Pendant le premier mois suivant, il n'y eut rien de remarquable, si ce n'est l'amélioration de son état général, et la diminution progressive de la plaie résultant de l'opération. Dès les premiers jours du mois d'août, Buffé remarqua, à sa grande surprise, qu'il n'avait plus qu'une jambe. Depuis ce moment, les symptômes de l'aliénation mentale disparurent sensiblement. Il cessa de parler de fortune et de grandeurs; sa parole redevint libre, la faiblesse musculaire disparut, et la sensibilité générale recouvra ses droits. Il sortit de l'hospice de Bicêtre le 6 octobre 1830, parfaitement guéri de tous ses maux. »

Observation IX

Sommaire. — Manie avec délire des grandeurs, accompagnée de symptômes graves de paralysie générale. — Guérison après huit ou neuf mois.

M. L..., âgé de quarante-quatre ans, avait un de ses frères dans un état voisin de l'idiotie ; il avait fait beaucoup d'excès de toute sorte. En 1815, il fut atteint d'un accès de manie, qui se dissipa complètement au bout d'un temps assez court ; en mai ou juin 1818, il eut une attaque de paralysie, devint mélancolique, et bientôt après fut pris d'une manie avec délire ambitieux. « Il avait 500,000 francs de rente, il était ministre, maréchal de France, il parlait beaucoup et avec une grande exaltation ; mais sa prononciation était souvent très difficile et il bégayait ; sa démarche était mal assurée. »

Il resta ainsi sept mois dans un état violent de manie, et M. Bayle, qui cite cette observation, ajoute : « Que non seulement le délire avait le caractère ambitieux le plus marqué, mais qu'en outre la démarche était chancelante et la langue très embarrassée ; enfin, le malade urinait souvent sous lui sans en avoir conscience. »

Malgré ces symptômes si graves, le malade guérit, et M. Bayle ajoute que cet exemple de guérison est plus frappant que ceux qu'il a déjà rapportés, parce que le rétablissement de la raison a été complet et durable.

Si nous cherchons à résumer les principaux traits des observations qui précèdent, nous voyons que le malade observé par M. Ferrus avait des eschares et « qu'il n'était plus permis d'espérer d'autre terme à ses maux qu'une fin prochaine ».

Dans la seconde observation, « la paralysie générale

avait fait de tels progrès que l'aliéné ne pouvait plus marcher sans aide. »

Le général pour lequel M. Renaudin a été consulté était rapidement arrivé à la dernière période.

Enfin M. Morel, dans la cinquième observation, déclare que son malade « avait parcouru toutes les phases de la paralysie générale, qu'il était tombé dans un état d'épuisement et de marasme, et qu'il avait été regardé non seulement comme incurable, mais encore comme condamné à une mort prochaine ».

Dans la neuvième observation, nous voyons que les signes de paralysie étaient aussi très graves; la parole était très embarrassée, la démarche chancelante, le délire avait le caractère ambitieux le plus marqué.

Dans tous les autres cas, la paralysie générale était confirmée.

Que dire en présence de telles observations empruntées à des auteurs très compétents et accompagnées de détails qui ne peuvent laisser aucun doute sur le diagnostic?

Devant ces faits, il faut bien admettre que la manie ambitieuse peut guérir, au moins dans quelques cas rares, alors même qu'il existe des symptômes très graves de paralysie.

Mais comment n'en pas conclure que cette affection doit guérir plus souvent encore quand les signes de paralysie sont très légers et à peine appréciables?

Il y a un fait désormais hors de toute contestation, c'est que si les véritables guérisons sont rares, il est très fréquent de voir les symptômes de la manie ambitieuse se dissiper graduellement pour faire place à un état de santé au moins apparent, mais qui ne se maintient pas au delà de quelques années dans les cas les plus favorables; on a désigné jusqu'à présent ces guérisons incomplètes sous le

nom de rémissions, et j'ai moi-même, dans un mémoire, appelé l'attention sur l'état intellectuel des malades pendant la durée de ces rémissions qui n'ont été considérées, jusqu'à présent, que comme un temps d'arrêt dans la marche de la paralysie générale.

Ces rémissions sont très fréquentes, et il ne s'agit plus ici de cas exceptionnels ; M. Moreau (de Tours), qui voit à Bicêtre tant d'aliénés paralytiques, me disait récemment encore que ces faits se présentaient désormais si souvent qu'il avait cessé de les compter.

J'ai longtemps partagé l'opinion générale sur ces rémissions, mais des exemples récents me font penser que si l'on avait suivi les malades plus longtemps, on serait arrivé à constater qu'il en est qui ne conservent absolument rien d'appréciable de leur ancienne maladie. Or, quand ceux-là retombent malades, comme cela arrive en effet trop souvent, il s'agit bien réellement d'une récidive, et il n'y a pas eu, dans ce cas, simple rémission. On sait que les congestions ont la plus grande tendance à se reproduire quand elles ont eu lieu une première fois, et il n'y a rien d'étonnant qu'il en soit ainsi dans une maladie dont le point de départ est la congestion cérébrale, ou plutôt qui n'est elle-même qu'une forme de cette congestion ; il faut dire aussi que ces rechutes sont souvent provoquées par des causes très faciles à apprécier, et j'en pourrais citer plusieurs exemples.

Mais est-il vrai que les malades retombent fatalement, à part quelques cas exceptionnels? A-t-on fait une enquête suffisamment rigoureuse? De ce qu'on a vu beaucoup de malades frappés de nouveau, n'en a-t-on pas conclu, sans plus de recherches, que c'était bien réellement la règle? Une observation ultérieure plus complète pourra seule permettre de répondre à ces questions.

Jusqu'à nouvel ordre, il n'y a, sous ce rapport, de démontré, entre la manie ambitieuse et la manie simple, d'autre différence que la plus grande facilité aux récidives dans les premiers cas, et la nécessité de continuer l'emploi de certains moyens de traitement pour les prévenir.

Il est bien vrai que, très souvent, le malade conserve quelque chose de sa maladie ; mais ces symptômes isolés et légers ne peuvent-ils se dissiper à la longue, et, dans le cas contraire, suffisent-ils toujours pour qu'on soit fondé à admettre la persistance d'une démence paralytique. M. Billod, par exemple, cite l'observation d'un aliéné qui, devenu très intelligent, ayant recouvré toutes ses forces musculaires, présentait encore un peu d'embarras de la parole ; ce symptôme isolé qui a persisté vingt-cinq ans chez le professeur observé par M. Ferrus, ne suffit certainement pas pour constituer à lui seul une démence paralytique. J'ai vu moi-même un fait semblable, le malade que j'ai suivi pendant six ans ne conservait de son ancienne affection qu'un peu de bégaiement.

Dans d'autres cas, au contraire, il reste quelques signes d'affaiblissement de l'intelligence, signes qui peuvent persister sans s'aggraver et permettre au malade de vivre dans sa famille.

J'ai été consulté, avec MM. Ferrus, Foville et Pinel, pour un aliéné qui, interdit pendant sa maladie, est parvenu à se faire relever de son interdiction, s'est marié et n'offre, dit-on, depuis trois ans, aucun signe de son ancienne affection. Ce malade avait évidemment encore, lorsque je l'ai observé, quelques signes d'affaiblissement de l'intelligence; mais alors même qu'ils auraient persisté, ces signes très légers ne constituent pas la démence paralytique, mais tout au plus un commencement de démence simple. Je pourrais citer d'autres cas semblables.

Il est des sujets qui tombent dans la manie chronique, n'offrant plus ni le délire ambitieux, ni les signes légers de paralysie, qui avaient marqué le début de la maladie. Un aliéné que j'ai observé est resté neuf ans dans cet état, et on avait tout à fait oublié les symptômes graves du début, lorsqu'ils reparurent tout à coup, à la suite d'un changement de régime ; la paralysie générale, accompagnée d'un retour de délire ambitieux, marcha très rapidement et ce malade succomba après deux mois.

Comme mode de terminaison en dehors de la démence paralytique, je signalerai encore quelques cas de démence simple, avec ou sans persistance de délire ambitieux. Esquirol cite un cas de ce genre ; le malade était depuis huit ans dans un état de démence au premier degré, sans que la paralysie fût survenue.

J'observe un fait semblable et dans lequel la suspension des accidents date de plus de douze années.

Il faut ajouter que la manie ambitieuse se termine par la mort avant que les symptômes de la démence paralytique se soient développés ; ces cas ne sont pas rares et on en peut lire plusieurs dans la collection d'observations de M. Parchappe, qui, comme je le dirai plus tard, les a laissés réunis à la manie simple.

Enfin, la manie ambitieuse, avec ou sans quelques signes de paralysie, n'est assez souvent que l'une des phases de la folie à double forme. J'ai vu un fait de ce genre avec MM. Parchappe et Brierre de Boismont. M. Lunier m'en a communiqué un second; enfin, M. Renaudin en a rapporté un troisième, très curieux à cause de la gravité extrême des symptômes de paralysie. Je citerai ici ces trois faits, qui se lient étroitement à la question de la curabilité de la manie avec délire ambitieux.

Observation X

Sommaire. — Manie avec délire ambitieux. — Inégalité des pupilles et un peu d'hésitation de la parole, précédée et suivie de mélancolie.

M. X..., d'un caractère vif et enjoué, se trouvait au milieu des circonstances les plus heureuses de famille et de fortune, lorsqu'il a été pris tout à coup, dans le mois de juillet 1852, de symptômes de mélancolie. « Il s'opéra « alors chez lui une véritable révolution ; il devint triste, « rêveur, son appétit diminua, etc. »

Bientôt découragement, dégoût des affaires, inactivité et ènfin menaces de suicide.

Le 3 novembre, M. X... revient chez lui après un voyage de deux mois; tout le monde est frappé de sa pâleur et de son amaigrissement.

L'état de prostration se prolongea jusque dans le courant du mois de juin 1853.

Alors, transformation des symptômes de mélancolie en ceux d'une excitation modérée, mais qui bientôt devait franchir ces limites et revêtir le caractère maniaque.

M. X... devient aussi gai, aussi actif qu'il avait été triste et engourdi; il voit tout en beau, plaisante lui-même de son ancienne tristesse et de ses chagrins passés; il parle avec volubilité et commence à entretenir sa famille de projets dont plusieurs paraissent bizarres.

Il veut, entre autres choses, bouleverser complètement ses magasins, et met son dessein à exécution, malgré l'opposition de son frère.

Le 10 novembre, il achète, sans nécessité, une masse de boiseries, de casiers, de comptoirs; il fait présent de sa chaîne de montre à son contremaître et lui promet d'aug-

menter ses appointements. L'activité est devenue extrême, et la maladie, qui pouvait jusque-là être méconnue, devient dès ce moment évidente.

Le 13 novembre, M. X... a la figure vultueuse, les yeux animés, ses paroles sont incohérentes et dépourvues de sens.

Dès ce moment, scènes de violence et querelles pour des motifs futiles. M. X... met tout le monde dans la confidence de ses affaires; il rêve des bénéfices chimériques, etc.

Il refuse, d'ailleurs, de suivre aucun traitement, et, loin de là, aggrave son état, dont il n'a pas la moindre conscience, par des excès de liqueurs. Les prodigalités se succèdent, et les achats, depuis cette époque, dénotent tous, à un degré plus ou moins grand, l'existence d'un état de délire qui ne peut être révoqué en doute, quand on compare M. X... à lui-même, dans les années qui ont précédé la maladie.

Dans la soirée du 5 ou du 6 décembre, M. X... se promène dans Paris, portant sur lui des valeurs assez fortes, et, entre autres, 35,000 francs en billets de banque. Chez un sieur N..., il jette son portefeuille sur une table, déclarant qu'il contenait 100,000 francs.

C'est dans ces circonstances que, le 7 décembre, il signe et fait signer à sa femme un acte qui engage tout son avenir.

Le 8, dans la soirée, inquiète de ne pas voir rentrer son mari, et, après l'avoir vainement cherché dans plusieurs endroits, Mme X... le retrouve, à minuit, chez un marchand de vin, entouré de plusieurs individus, et au moment où il allait signer un acte d'acquisition pour le fonds d'un autre marchand de vin qui habitait sa maison. Mme X... se précipite sur l'acte et le déchire. Bientôt une scène de

violence survient entre M. X... et sa femme. Il la frappe et la foule aux pieds.

Déjà, le 5, il avait fait deux acquisitions, l'une d'un fonds de tannerie et de corroierie, l'autre d'une fabrique de ressorts de voitures. La première de ces deux acquisitions a été rompue.

Le 10 décembre, M. X... achète la maison qu'il habite pour une somme de 305,000 francs. C'est ce jour-là même, à quelques lieues de Paris, que le désordre de ses vêtements, son agitation, le font arrêter et renfermer dans la prison de C... Le lendemain, il est conduit chez M. Brierre de Boismont.

Tels sont les antécédents du malade.

Voici maintenant le résultat de son examen :

M. X... n'offre plus, à proprement parler, d'incohérence dans les idées; mais il n'a aucune conscience des désordres auxquels sa maladie l'a entraîné. Il essaye de tout justifier, de tout expliquer. Il parle avec une extrême animation, et sa parole offre par moments un peu d'hésitation, ce qui pourrait faire craindre un commencement de paralysie générale. Il y a aussi un peu d'inégalité dans les pupilles. Le regard est animé et la face congestionnée. M. X... continue à voir les choses en beau, tout lui paraît facile; il n'aperçoit évidemment que le côté séduisant de ses projets, et aucune objection, de celles mêmes que suggère la plus simple prudence, ne semble pas se présenter à son esprit. Rien ne l'arrête dans la pente où l'entraîne l'excitation cérébrale à laquelle il est en proie depuis plusieurs mois.

Dans le rapport rédigé sur l'état mental de M. X..., nous avons dû exprimer la crainte d'un commencement de paralysie générale, nous fondant : 1° sur la nature du délire;

2° sur l'hésitation légère de la parole ; 3° sur l'inégalité des pupilles.

J'ajoute que cette crainte ne s'est pas réalisée. A la fin de l'année dernière, j'ai eu des nouvelles de M. X... par un jeune médecin de ses parents, et, après plus de quatre ans, il n'offre aucun signe de démence paralytique.

Observation XI

Sommaire. — Folie à double forme durant depuis quarante-huit ans. — Délire ambitieux. — Léger embarras de la parole. — Congestions cérébrales. (Communiquée par M. Lunier.)

M. C..., célibataire, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, a été admis, pour la première fois, à l'asile de Blois le 29 octobre 1852, à l'âge de soixante ans.

Sœur suicidée.

On apprend que ce malade n'a jamais été bien raisonnable. A quinze ou seize ans, on dut songer à l'interdire ; mais il ne fut déclaré atteint d'aliénation mentale qu'à l'âge de dix-neuf ou vingt ans.

Depuis cette époque, M. C... a eu, tous les ans ou tous les deux ans, des accès de folie plus ou moins violents, mais offrant à peu près constamment les mêmes caractères, à savoir : excitation maniaque survenant brusquement après plusieurs mois, rarement plus d'une année, d'un état normal ou du moins considéré comme tel ; M. C... quitte sa famille, fréquente les cabarets et les maisons de débauche, se montre hardi, provocateur, entreprenant ; idées ambitieuses ; insomnie.

A cette excitation, qui dure de deux à six et même huit mois, suivant que M. C... est laissé libre ou mis en maison de santé, succède une prostration mélancolique qui dure de trois à quatre mois ; puis enfin M. C... revient à son état

normal; il est alors doux, timide, honnête, prévenant même.

Puis, après six ou sept mois, l'excitation reparaît, et cela dure ainsi depuis quarante-huit ans, sans changement notable dans l'état du malade.

On trouve sur les registres de l'établissement les notes suivantes, écrites par l'un des médecins :

15 et 16 février 1853. — Symptômes de congestion cérébrale cédant aux saignées et aux révulsifs.

Mars. — Incohérence des idées, penchant à la violence; agitation rémittente; prédominance d'idées de grandeur et d'empoisonnement.

Juin. — Triste et timide.

Juillet. — Sortie en ville; gaieté, bonne tenue. M. C... est considéré comme guéri, et quitte l'asile le 24 octobre 1853.

M. C... est ramené à l'établissement le 24 juillet 1854. Les notes n'ont été recueillies que quelques mois plus tard.

Octobre 1854. — Commencement de l'excitation maniaque, idées de grandeur. M. C... a été commandant; il a assisté à plusieurs batailles, etc. (il n'a jamais servi); habituellement d'une avarice sordide, il prodigue son argent. fait mille emplètes plus futiles les unes que les autres, commande à son tailleur des vêtements en grand nombre dont il n'a nul besoin. Loquacité; insomnie.

15 avril 1855. — Après une amélioration sensible de peu de durée, l'agitation reparaît plus violente que jamais et se complique d'un amaigrissement rapide; affaissement des traits, peau terreuse. M. C... ne reconnaît plus personne.

30 avril. — Injection de la conjonctive oculaire.

5 mai. — Affaiblissement progressif très inquiétant. M. C... refuse de prendre des aliments, ne répond à aucune question ; insomnie.

12 mai. — Légère amélioration; M. C... mange et commence à répondre, mais toujours avec incohérence, aux questions qu'on lui adresse. *Léger embarras de la parole; nous commençons*, dit M. Lunier, *à redouter l'existence d'une paralysie générale*, et nous croyons remarquer un peu d'hésitation dans la démarche. Agitation extrême, cris incessants; M. C... ne peut tenir en place.

Juin. — Amélioration notable et progressive; taciturnité.

Les mois suivants, la tristesse disparaît lentement, et M. X... revient progressivement à son état normal.

26 avril 1856. — *Congestion cérébrale légère* qui disparaît sans laisser de traces.

26 septembre. — M. X... se plaint de maux de tête et d'étourdissements; les conjonctives sont injectées, le pouls est plein, à 70. Sangsues au siège.

2 mai 1857. — Accès de folie à double forme, en tout semblable à celui décrit plus haut, quoique moins violent et moins prolongé.

Au mois de septembre, M. X... est à peu près revenu à son état normal.

Observation XII

Sommaire. — Folie à double forme. — Symptômes très graves de paralysie générale pendant la période de dépression.

« Chez un de nos malades atteint de paralysie générale, consécutive à une monomanie ambitieuse qui a éclaté à la suite de désordres de conduite de toute nature, nous observons depuis trois ans, dit M. Renaudin, une singulière intermittence dont nous ne nous rappelons pas avoir encore vu d'exemple.

« Tantôt, la paralysie générale paraît être arrivée au dernier degré; on ne peut tenir le malade que dans son lit ou

sur un fauteuil; la démence est complète; il ne reconnaît aucune des personnes qui l'entourent; d'embarrassée qu'elle était d'abord, la prononciation est devenue impossible. Le malade laisse aller ses excréments à son insu; il faut lui présenter ses aliments, parce que les mouvements de préhension sont devenus impossibles, et des congestions cérébrales mettent à chaque instant sa vie en danger. Il faut à chaque instant recourir, soit aux émissions sanguines, soit aux révulsifs. C'est surtout pendant l'hiver que nous observons cette situation fâcheuse; dès que la saison devient plus favorable, cet appareil symptomatique disparaît peu à peu, et nous finissons par ne plus remarquer cette paralysie générale qui, peu de jours auparavant, nous donnait tant d'inquiétude. La réaction renaît et reprend une nouvelle énergie, et le dément du mois précédent redevient un monomaniaque ordinaire, doué de toute la liberté de ses mouvements, travaillant avec ardeur, soit à la culture, soit dans le service intérieur, parlant avec facilité, et laissant même jaillir, à travers les erreurs de son délire, les traits d'une intelligence peu ordinaire pour sa condition. Il est d'une propreté minutieuse, surveille attentivement ce que font les autres malades, et nous lui avons dû plus d'une fois des remarques très utiles. L'hiver que nous venons de traverser n'ayant pas été rigoureux, sa santé n'en a pas souffert, et si, pour un moment, il a été un peu moins actif que d'habitude, nous n'avons cependant pas vu reparaître la démence. »

Les observations X et XI montrent comment la période maniaque de la folie à double forme peut revêtir les caractères de la manie ambitieuse, qui, dans d'autres cas, se termine si souvent par la démence paralytique. Le délire offre, en effet, beaucoup d'analogie : les malades ne pensent qu'à faire des achats et ils voient tout en beau. Si en même

temps on observe chez eux des congestions cérébrales et un peu d'embarras de la parole, comme dans le fait communiqué par M. Lunier, l'analogie est plus grande encore, ou plutôt il est évident que les deux états deviennent identiques. Mais la XIIe observation est bien plus curieuse, et suffirait seule pour nécessiter de nouvelles recherches. N'est-il pas étrange, en effet, de voir un malade qui offre d'une façon intermittente les symptômes les plus graves de la paralysie générale, lesquels se prolongent plusieurs mois? Est-ce le ramollissement général de la couche corticale ou une encéphalite diffuse qui alternent ainsi avec l'excitation sans signes de paralysie? Assurément non. N'est-ce pas le cas de rappeler l'opinion de Bayle, qu'il y a deux causes de paralysie dans la paralysie générale : la paralysie par congestion, la paralysie par atrophie. Ne faut-il pas surtout citer ici un passage curieux que j'ai trouvé dans l'ouvrage d'un savant auteur, passage qui pourrait servir d'épigraphe à ce travail?

« Si je consulte mes propres observations, dit M. Guislain, je découvre dans la paralysie générale une autre paralysie qui m'annonce que la substance cérébrale se décompose. »

Il y a donc dans la paralysie générale deux paralysies. Le malade observé par M. Renaudin, et les malades guéris par MM. Ferrus, Earle, Renaudin, Morel, etc., ont eu l'une de ces paralysies, celle qui n'est pas le résultat de la désorganisation cérébrale.

Jusqu'à présent, les congestions chroniques du cerveau ont été trop peu étudiées. Le fait de M. Renaudin et d'autres tendrait à prouver non seulement qu'elles produisent les symptômes les plus graves de la paralysie générale, mais que ces symptômes peuvent se prolonger longtemps et cependant se dissiper.

J'ai recueilli récemment le fait suivant :

Au mois de décembre 1856, un jeune homme de vingt-trois ans, habitant la Valachie, après avoir copieusement déjeuné, sort un instant, sans se couvrir, par un froid de 20 degrés. Il est frappé de congestion et reste trois ou quatre jours sans connaissance. Pendant plus d'un mois, la station est impossible, la langue très embarrassée, la mémoire presque nulle. Ces symptômes ne se sont dissipés que très lentement, et plus de six mois après, la prononciation des mots n'était pas complètement nette, et ce jeune homme se perdait encore dans les rues de Paris, qu'il connaissait très bien. La guérison a néanmoins été complète.

En résumé, on voit que la manie ambitieuse ne se termine pas fatalement par la démence paralytique, et qu'elle offre divers modes de terminaison, qui sont :

1° La guérison, laquelle a lieu même dans quelques cas graves ;

2° La guérison, mais avec persistance de quelques phénomènes isolés, trop limités et trop légers pour constituer la démence paralytique ;

3° La manie chronique ;

4° La démence simple, avec ou sans persistance de délire ambitieux ;

5° La mort, qui a lieu assez souvent avant que les phénomènes de paralysie se soient développés ;

6° Enfin, elle peut n'être qu'une phase de la folie à double forme.

La manie ambitieuse, comme la manie simple, offre d'ailleurs une période d'invasion, d'état et de déclin, et cette dernière période est remarquable par la tendance aux phénomènes critiques ; des abcès, des furoncles, des anthrax,

voire même des escharcs, paraissent avoir une influence décisive sur la solution heureuse de la maladie.

Cette tendance aux crises est assurément l'un des faits les plus remarquables de l'histoire de la manie ambitieuse, et si cette histoire n'était pas restée jusqu'à présent confondue avec celle de la démence paralytique, ce fait n'eût pas manqué depuis longtemps d'être signalé.

Le rapprochement des douze observations citées plus haut permet déjà d'apprécier la nature des crises qui se produisent.

Dans les deux premières observations, ce sont des plaies succédant à des eschares, et la suppuration qu'elles entraînent semble juger la maladie.

Dans les deux observations citées par M. Baume, c'est un œdème de l'un des membres inférieurs.

Une éruption de furoncles a été observée chez le malade d'Esquirol.

Un vaste abcès du foie juge de la manière la plus évidente la maladie si grave de l'aliéné observé à Maréville par M. Morel.

Peut-être arrivera-t-on plus tard à distinguer les cas de guérison précédés de crises de ceux dans lesquels ces crises n'ont pas eu lieu, et trouvera-t-on, jusqu'à un certain point, l'explication des rechutes rapides qui ont lieu si souvent? Ne faut-il pas rappeler ici cette opinion d'Esquirol, qu'il n'y a pas pour la folie de guérison solide, à moins qu'elle n'ait été précédée de crises. Si cette opinion a paru exagérée pour la folie en général, serait-elle plus près de la vérité en la restreignant à la manie ambitieuse? Toutes ces questions méritent d'être étudiées, et leur étude peut conduire à des indications thérapeutiques importantes.

Je crois devoir ajouter aux faits qui précèdent, et pour prouver l'influence des crises sur la guérison, l'observation

d'une malade dont l'état avait aussi été presque désespéré.

Observation XIII

Sommaire. — Manie avec délire des grandeurs. — Symptômes graves de paralysie générale. — Abcès à la jambe. — Guérison. — Durée de la maladie, plus d'une année. — Durée connue de la guérison, un an.

La femme G..., âgée de cinquante-trois ans, s'était affaiblie depuis plusieurs années, par suite de l'abondance de ses règles et aussi de la misère dans laquelle elle vivait; elle était sujette à des migraines, qui s'accompagnaient de vomissements bilieux abondants. C'est dans ces circonstances qu'elle fut prise tout à coup d'une manie ambitieuse des plus caractérisées. Elle s'imagine que l'empereur va s'occuper de sa famille; elle se rend aux Tuileries pour le voir. A son entrée à la Salpêtrière, le 25 mai 1856, le délire des grandeurs est tout à fait exubérant; la malade répète qu'elle est bien plus qu'impératrice; elle possède toute la France, elle va enrichir toutes les personnes de son village, elle s'exalte à la pensée de toutes ses richesses et une expression de bonheur se répand sur sa physionomie. Au premier abord, on ne découvre aucun embarras de la parole, mais un examen plus attentif fait constater que certains mots ne sont pas nettement prononcés; les pupilles sont contractées, il y a des mouvements saccadés qui indiquent une lésion musculaire assez grave; la malade est d'ailleurs très agitée, elle ne reste pas un moment en place, elle crie, chante, etc.

L'état de cette malade reste à peu près le même pendant tout l'été, avec quelques alternatives. La maigreur devient graduellement très grande pendant l'automne. On observait fréquemment des grincements de dents très forts, la

pupille gauche était plus contractée que la droite; la malade était gâteuse.

Dans le mois de janvier 1857, l'agitation cesse peu à peu, le délire disparaît, mais l'intelligence reste embarrassée et la mémoire très affaiblie. La femme J... ne pouvait pas même dire son âge, elle ne savait ni le mois, ni l'année, ni le nom de l'établissement dans lequel elle se trouvait; elle était très maigre, très affaiblie, elle ne se tenait pas sur les jambes; elle disait elle-même que tout son corps était comme du coton; la sensibilité était presque nulle, mais l'embarras de la prononciation était toujours peu prononcé et par moment très difficile à constater. Cet état de calme avait à peine duré un mois que la malade, qui commençait à reprendre des forces et marchait, fut prise d'un nouvel accès de manie, accompagné d'idées de grandeur très prononcées; on fut obligé de nouveau de passer la femme J... dans le quartier des agitées.

Après six semaines environ de ce nouvel accès, à la fin de mars 1857, la femme J..., chez laquelle on avait observé de nouveaux grincements de dents très forts, s'affaiblit une seconde fois très rapidement, et on fut obligé de la tenir couchée dans l'impossibilité où elle était de se tenir même assise; elle était redevenue grande gâteuse, mais l'embarras de la parole était toujours très peu prononcé; elle resta ainsi environ deux mois au lit, ne pouvant se soutenir et toujours agitée. Un abcès très étendu était survenu à la jambe droite; il fut ouvert et suppura abondamment et longtemps. Le calme revint peu à peu, le délire disparut, la malade reprit des forces, et, dès la fin de juin, on put la considérer comme convalescente; elle prétendait n'avoir aucun souvenir de ce qui s'était passé pendant son accès, ajoutant que l'année qui venait de s'écouler ainsi n'existait pas pour elle, et que c'était comme si elle avait

été morte. Mais elle ne tarda pas à recouvrer la mémoire de tous les faits antérieurs. La raison s'affermit, les forces et l'embonpoint revinrent et bientôt rien ne put faire soupçonner qu'elle avait passé par une maladie aussi grave.

Le 13 août 1857. — Après avoir eu pendant quelques jours de grands maux de tête, elle fut prise d'hémiplégie faciale du côté droit; cette hémiplégie a persisté pendant plusieurs mois et s'est dissipée; aujourd'hui, 1er août 1858, cette femme est encore à la Salpêtrière, mais depuis un an elle n'a cessé d'être calme, très laborieuse et elle n'offre plus aucun signe de son ancienne maladie.

La guérison de J... ne date encore que d'une année, mais j'ai bon espoir que cette guérison se maintiendra. Je me fonde non seulement sur ce fait que l'état physique et moral est très bon, mais surtout sur la crise qui a précédé le retour à la raison. Une circonstance spéciale qui me paraît aussi très heureuse, c'est que, depuis un an, la femme J... a été reprise par des migraines qui sont, comme avant sa maladie, accompagnées de vomissements bilieux.

J'ai cité plus haut (observation VIII) un fait dans lequel la suppuration qui suivit l'amputation de la cuisse semble avoir joué le rôle d'une crise salutaire; mais M. Fabre n'a pas eu de nouvelles du malade, et l'on ne sait si la guérison s'est maintenue. Il y a quelques années, j'ai été appelé, avec MM. les docteurs Ferrus et Tardieu, pour voir un aliéné convalescent d'une manie avec délire ambitieux et embarras de la parole. Ce malade avait subi l'amputation de la jambe pendant son état maniaque. Depuis lors, cinq années se sont écoulées, et je n'avais plus entendu parler de lui. Une occasion s'étant présentée d'obtenir de ses nouvelles, je me suis empressé d'en profiter, et je viens d'apprendre avec étonnement que cet ancien paralytique continue à être bien portant. Voici d'abord l'observation; je

la ferai suivre d'un fragment de la lettre qui m'a été transmise.

Observation XIV

Sommaire. — Manie avec délire ambitieux et embarras de la parole. — Rémission incomplète. — Rechute. — Signes de démence. — Fracture de la jambe suivie d'amputation. — Insensibilité pendant l'opération. — Guérison qui se maintient depuis cinq ans.

M. X..., âgé d'environ cinquante et un ans, fut conduit dans un hospice d'aliénés au mois d'avril 1853; il était en proie à une extrême agitation et à un délire ambitieux des plus prononcés. Ce délire avait marqué le début de la maladie qui remontait déjà à trois mois. Il s'était manifesté par une générosité excessive, des idées de spéculations, des achats nombreux, le désir de donner des dîners, des soirées, etc.

Dans les jours qui suivirent son entrée à l'asile, M. X... demandait sans cesse à sortir de l'établissement pour aller habiter le château des Tuileries, et prétendait gouverner l'État, rêvant en même temps les entreprises commerciales les plus gigantesques. Il parlait continuellement, presque sans suite, et se livrait aux actes les plus désordonnés. A ces symptômes d'une manie aiguë avec prédominance d'idées de grandeur, se joignait, ainsi que le constatent les certificats du médecin en chef, de l'embarras de la prononciation (1).

(1) Je ne puis mieux faire que de citer ces certificats, délivrés par un de nos médecins aliénistes les plus distingués.

CERTIFICAT DE VINGT-QUATRE HEURES

M. X... est atteint d'aliénation mentale avec *embarras de la prononciation.*

9 avril 1853.

CERTIFICAT DE QUINZAINE

M. X... est atteint de manie aiguë avec prédominance de délire ambitieux.

AUTRE CERTIFICAT DÉLIVRÉ AUSSI QUINZE JOURS APRÈS L'ENTRÉE

Je soussigné, médecin en chef de l'asile de ***, certifie que M. X... est

Après six semaines environ, on vit l'agitation se calmer. Le malade parut aussi vouloir se rattacher à des idées plus saines et reprendre les habitudes et la tenue d'un homme bien portant ; mais cette rémittence fut de courte durée, et le délire reparut avec des caractères différents, mais non moins inquiétants. M. X... s'occupe à ramasser des petits morceaux de papier, des chiffons, des feuilles pourries, et il en remplit ses poches. Il apprécie mal la durée du temps et oublie le nom de ceux de ses parents qui viennent le voir. Ayant dû subir l'amputation d'une jambe, il ne manifesta aucune douleur pendant l'opération, et bientôt il fit tous ses efforts pour arracher les pièces du pansement.

Dans le mois d'août, c'est-à-dire après quatre mois d'isolement, l'état mental s'était de nouveau amélioré ; cependant le délire était encore tel, que M. X... voulait marier sa fille à un idiot séquestré à la maison de Charenton, croyant avoir trouvé dans ce pauvre infirme un homme très supérieur. C'est pendant le cours des mois de septembre et d'octobre qu'un changement véritablement favorable s'est opéré dans l'état de M. X... Sa tenue est devenue meilleure, ses idées plus suivies, et bientôt il a repris

atteint de manie aiguë, avec prédominance d'un certain nombre d'idées ambitieuses ; qu'il demande sans cesse à sortir de l'établissement pour aller occuper *un appartement au château des Tuileries, affichant tantôt la prétention de gouverner l'État, tantôt la prétention de fonder des entreprises gigantesques ;* qu'il se livre, en outre, aux actions les plus extravagantes et les plus désordonnées, dans le but d'aller mettre ses projets déraisonnables à exécution ; qu'il est à craindre que ce délire, qui se *complique parfois d'un léger embarras de la prononciation,* ne résiste à l'application des moyens de traitement ; qu'on peut pourvoir, par les voies légales, à l'administration des intérêts de M. X...

24 avril 1853.

On voit que les deux ordres de symptômes qui servent de base au diagnostic de la paralysie générale au premier degré, le délire ambitieux et l'embarras de la prononciation, se trouvent ici réunis.

peu à peu toutes les apparences d'un homme raisonnable.

Au milieu de novembre, MM. Ferrus, Tardieu et moi, fûmes appelés pour constater l'état mental de M. X...

La tenue du malade était bonne, sa physionomie naturelle. Il n'y avait point d'embarras appréciable dans la parole, et nous ne trouvâmes aucun signe de paralysie, si ce n'est *l'inégalité des pupilles*. Les réponses du malade étaient justes, mais brèves ; nous ne pûmes constater aucun signe de délire.

Cependant, il nous fut impossible de regarder M. X... comme complètement guéri, et nous nous fondions sur ce seul fait que le malade n'avait point conscience des accidents si graves qu'il venait de traverser. Cette prétention de gouverner l'État, d'habiter le château des Tuileries, ces rêves d'entreprises gigantesques, cette activité désordonnée qui pendant plusieurs mois l'avait entraîné aux actes les plus extravagants, tout cela s'était en grande partie effacé de sa mémoire. M. X... n'admettait pas qu'on eût dû le renfermer dans un asile. Il avouait bien qu'il avait, avant son entrée, manifesté le désir d'acheter quelques terrains pour y faire des constructions; mais ce n'était là qu'un projet, et ce projet il ne l'avait pas même réalisé; il n'y avait donc là, d'après lui, aucun motif suffisant pour le faire séquestrer. Voilà donc à quoi se réduisait, pour M. X..., cette maladie grave et caractérisée par un délire si tranché et marquée par tant d'actes d'extravagance.

C'était là un signe fâcheux, car tant qu'un aliéné n'a point conscience de son état, il ne peut être, à juste titre, réputé guéri; cela surtout doit être pris en très sérieuse considération, lorsque le malade a offert, comme M. X..., des signes de paralysie générale. MM. Ferrus, Tardieu et moi crûmes devoir conclure à ce que M. X... fût remis

en liberté, mais qu'en même temps on lui nommât un conseil judiciaire.

Voici un passage de la lettre dont j'ai parlé plus haut et qui m'avait été adressée par la personne à laquelle j'avais demandé des nouvelles du malade :

« La poursuite en interdiction commencée pour M. X... a été abandonnée, celui-ci étant revenu à la santé. *Depuis cinq ans, il n'a éprouvé aucun symptôme d'aliénation. Je crois M. X... entièrement et parfaitement rétabli. Il jouit de toutes ses facultés physiques et intellectuelles.* »

Sans doute, l'auteur de cette lettre n'est pas un médecin, mais si des symptômes légers échappent tous les jours, on m'accordera que cette lettre est néanmoins assez précise pour qu'on regarde comme démontré que M. X... n'est pas retombé maniaque ambitieux ni devenu dément paralytique. Il faut se garder d'exagérer et de s'arrêter aux infiniment petits, et c'est ce qu'on a certainement fait pour la paralysie générale. Je crois que chez ce malade, comme chez l'amputé de Bicêtre, la suppuration de la plaie a tenu lieu de crise et assuré la guérison.

Je viens d'observer un cas dans lequel une éruption de furoncles semble avoir consolidé la guérison et peut-être prévenu une récidive. Je citerai encore cette dernière observation, qui me semble intéressante, surtout au point de vue de l'époque à laquelle la crise s'est manifestée.

Observation XV

Sommaire. — Manie avec prédominance de délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Accès d'agitation violente revenant sous le type tierce, supprimée par le sulfate de quinine. — Guérison après dix mois environ.

M. X..., âgé de quarante et un ans, est d'une taille élevée, d'une forte constitution; il a fait depuis longtemps quelques excès de table, mais surtout des excès vénériens.

Lorsque je le vis pour la première fois, à la fin de juillet 1856, il était en proie à un délire maniaque avec prédominance de quelques idées ambitieuses. Il offrait, en outre, un léger embarras de la parole, qui ne laissait aucun doute sur le début d'une paralysie générale. Un certificat, délivré par M. le docteur Potain, constata que M. X... *était atteint de paralysie générale avec délire maniaque.*

Dans le mois d'août, on remarqua que l'agitation revenait d'une manière régulière sous le type tierce; le malade était alors très difficile à contenir.

Ces espèces d'accès d'agitation comme convulsive, qui se dessinaient sur le fond de la maladie, furent supprimés par l'administration du sulfate de quinine.

Dans le mois d'octobre, ce malade, qui avait très sensiblement maigri, était moins agité, mais toujours incohérent; l'embarras de parole, quoique léger, était toujours appréciable.

En novembre et décembre, on put craindre l'invasion de la démence; l'intelligence baissait sensiblement; l'embarras de la parole était plus prononcé; le malade mangeait avec voracité; cependant, l'état maniaque avait disparu et, avec lui, toutes les conceptions délirantes.

Au commencement de janvier, ce malade fut atteint d'une angine, mais elle n'eut aucune gravité; on remarqua que, pendant plusieurs jours, les urines étaient assez fortement sédimenteuses.

M. X... n'offrit bientôt plus de son ancienne maladie que des signes très légers d'affaiblissement de l'intelligence et une singulière préoccupation relative à sa santé. Il avait toujours conservé un très grand appétit.

A la fin de mai 1857, ce malade, qui avait continué à aller de mieux en mieux, dut être rendu à la liberté. L'état mental était satisfaisant, peut-être cependant eût-on

pu, par une exploration minutieuse, constater encore quelques signes d'affaiblissement. Du reste, les forces musculaires ne laissaient rien à désirer et il n'y avait plus de traces d'embarras de la parole.

Les signes très tranchés de paralysie générale qui avaient été observés pendant la durée de la maladie, faisaient mal augurer de l'avenir, surtout à cause des antécédents de M. C...

On devait craindre, en effet, que le retour aux anciennes habitudes n'amenât une rechute prochaine.

Depuis un an, je n'avais plus entendu parler du malade, et c'est avec hésitation que j'ai prié l'un des médecins qui lui avaient aussi donné des soins de s'adresser à sa mère; je craignais, en effet, d'apprendre quelque fâcheuse nouvelle.

Voici la lettre qui m'a été transmise ; je la cite textuellement, supprimant seulement un passage qui n'a aucun rapport avec l'ancienne maladie :

« Monsieur,

« J'ai reçu, en l'absence de ma mère, qui est à G... depuis cinq mois, la lettre que vous avez bien voulu lui écrire pour vous informer de ma santé.

« Je vous réponds moi-même. Vous n'eussiez pas été indiscret en m'écrivant directement. Je suis heureux de vous dire, mieux que personne, ce que j'ai ressenti depuis que je vous ai quitté, il y a un an.

« A mon retour à la maison, je me suis remis peu à peu aux affaires, et j'ai repris toutes mes occupations sans aucun inconvénient pour ma santé.

« Vous vous êtes occupé de ma personne assez longtemps, permettez-moi de vous donner quelques détails sur ce qui m'est arrivé.

« J'ai pris, pendant les mois d'août et de septembre, beaucoup de bains de mer. J'en ai ressenti des effets favorables. J'essayais de prévenir les maux de tête en la plongeant dans les vagues.

« J'ai eu, pendant bien longtemps, des digestions pénibles, des selles fréquentes : j'ai eu recours de temps en temps aux purgations.

« Dans les mois de janvier et février, il m'est venu des furoncles au bas-ventre. Ils m'ont fait beaucoup souffrir, et il y avait une telle inflammation que je pouvais à peine marcher. J'en suis venu à bout, après deux mois de peines, par des bains de siège et des cataplasmes.

« Je me croyais débarrassé de ces furoncles, lorsqu'au mois d'avril, il m'en est revenu sur la main gauche ; ils se sont étendus sur tout le bras jusqu'au coude, avec inflammation très forte. Ils ont résisté longtemps et ont été accompagnés d'érysipèle. Enfin, ils ont cédé, au bout de quarante à cinquante jours, à des bains de bras avec l'amidon et des cataplasmes de fécule de pomme de terre. Je me suis trouvé heureux d'en voir la fin.

« Depuis ce temps, je n'ai eu que quelques maux de tête. J'ai commencé à prendre des bains de mer, trente déjà ; j'irai jusqu'à soixante. Je suis un bon nageur.

« Je continue toujours un peu de régime. J'évite les grands dîners, pas de liqueurs fortes ni de café, de la continence, ensuite de la tisane rafraîchissante et une vie tranquille.

« Quand on a la quarantaine on devient calme. J'ai repris toutes mes occupations comme autrefois. Je gère toutes mes propriétés, et je vais à la campagne de temps en temps, ne comprenant pas plus le patois qu'à l'ordinaire.

« Je suis heureux de vous dire que j'ai eu une conva-

lescence durable et qui exclut toute crainte pour l'avenir, si les prévisions humaines se réalisent. J'ai eu rarement recours aux médecins.

« Je vais écrire à ma mère, qui doit revenir bientôt, pour lui faire connaître votre bonne lettre ; elle vous en sera bien reconnaissante.

« Je vous prie d'agréer, etc. »

J'ai cité cette lettre non seulement pour permettre de juger de l'état mental du malade, mais surtout parce qu'elle contient un fait, à mon avis, très important. Les récidives de la manie arrivent le plus souvent au commencement du printemps ou pendant les chaleurs de l'été. Or, ici, ne semble-t-il pas que cette double éruption de furoncles, qui a eu lieu en janvier et en avril, ait pu prévenir le retour de la maladie? N'y a-t-il pas là un avertissement, et pour ainsi dire une conduite toute tracée pour les cas analogues?

Un fait qu'il faut noter dans la maladie de M. X..., c'est la suppression, par le sulfate de quinine, des accès tierces d'agitation convulsive. J'ai déjà publié un fait semblable, et je rappellerai que M. Marchand (de Toulouse) a guéri un malade offrant un délire intermittent avec embarras de parole par le sulfate de quinine, ce qui l'a porté à des rapprochements ingénieux entre la paralysie générale et la fièvre intermittente.

Jusqu'à présent, je n'avais noté ces accès que dans le cours de la maladie où ils ont été observés et bien décrits par Bayle ; mais je viens de recueillir deux observations dans lesquelles des accès offrant les caractères de la fièvre intermittente ont précédé la maladie.

M. X..., atteint aujourd'hui de paralysie générale, a été guéri, il y a un an environ, par le sulfate de quinine, d'accès d'agitation nerveuse suivie de sueurs.

Un autre malade, dont le père est mort aliéné, présente, à la suite d'excès vénériens, un peu de perte de mémoire, de faiblesse dans les jambes, et, par moments, un peu d'embarras de parole. Ce malade a éprouvé plusieurs congestions cérébrales; mais, en outre, il a eu des accès irréguliers de fièvre avec frisson, chaleur et sueurs très abondantes. Après avoir été guéri une première fois de ses accès par le sulfate de quinine, il a été récemment, et après plus de six mois, pris d'accès en tout semblables.

Ces accès, intermittents, ont été observés, pour ces deux cas, dans l'année qui a précédé l'invasion de la paralysie générale. Je crois donc qu'il y a lieu de rechercher cet ordre de symptômes parmi les accidents prodromiques dont l'étude est si importante, puisqu'elle peut permettre, dans quelques cas, de prévenir le développement des accidents.

Jusqu'ici, je me suis appliqué à démontrer combien les symptômes et les lésions de la manie ambitieuse diffèrent des symptômes et des lésions de la démence paralytique. J'ai dit comment la première de ces maladies a des terminaisons diverses, et sa tendance remarquable à se terminer par des crises.

La manie ambitieuse n'est donc pas liée fatalement à la démence paralytique; mais ce qui est bien moins contestable encore, c'est que cette dernière peut exister dans une foule de cas sans être précédée de l'état maniaque; les faits de ce genre sont si nombreux que je puis me dispenser d'en citer aucun.

Ces cas constituent la grande majorité de ceux qu'on a considérés comme des démences primitives simples, et c'est ce qui explique cette opinion d'Esquirol, que la démence se complique presque toujours de la paralysie générale.

En résumé, la manie ambitieuse a des symptômes différents et des lésions différentes de ceux qu'on observe dans la démence paralytique; ces deux maladies ont une existence isolée l'une de l'autre : on ne peut donc les regarder comme les formes aiguës et chroniques de la même affection; elles doivent, à mon avis, être considérées dans leurs rapports comme sont considérées la manie et la démence, c'est-à-dire comme deux affections différentes.

En séparant la manie ambitieuse avec quelques signes légers de paralysie, de la démence paralytique, il ne faudrait pas croire que c'est pour la laisser réunie à la manie simple.

A mon avis, cette opinion n'offrirait pas moins d'inconvénients que celle que je viens de combattre; la manie ambitieuse, en effet, diffère essentiellement de la manie simple :

1° Par son étiologie, dans laquelle la congestion tient la première place;

2° Par le délire ambitieux, délire spécial et dont la gravité n'est plus méconnue par personne;

3° Par une excitation musculaire constituant une lésion spéciale, très différente de l'agitation de la manie;

4° Par le pronostic beaucoup plus grave, puisqu'il y a des chances nombreuses de terminaison par la démence paralytique, ce qui n'a point lieu pour la manie simple.

Je ne parle point ici des signes légers de paralysie qui accompagnent souvent la manie ambitieuse et qui, quand ils existent, ce qui a lieu le plus souvent, viennent encore mettre une ligne de démarcation plus tranchée entre les deux affections.

La manie ambitieuse me paraît donc différer de la manie simple et de la démence paralytique; à mon avis, elle de-

vrait désormais former une maladie à part, sous la dénomination de *manie congestive.*

Les rapports de cette manie congestive avec la démence paralytique seraient les mêmes que ceux depuis longtemps établis entre la manie et la démence.

Il y aurait donc deux espèces de folie :

Les folies simples (manie, mélancolie, monomanie) ;

Les folies congestives (manie, mélancolie, monomanie).

Et deux espèces de démence :

La démence simple ;

La démence paralytique.

Avec cette manière d'envisager les faits, on verrait, à mon avis, disparaître de très fâcheuses confusions ; par exemple, celle de la manie simple et de la manie ambitieuse, réunies encore, comme on peut le voir dans les observations de M. Parchappe, et qui, cependant, forment des affections différentes, par leur nature et leur terminaison.

On cesserait, en outre, de désigner par la dénomination générale de folie paralytique des cas offrant les caractères les plus opposés et dont les uns sont toujours incurables, tandis que les autres guérissent quelquefois.

N'est-il pas étrange de voir appliquer la dénomination de paralysie générale à des manies aiguës qui n'offrent encore aucun phénomène de paralysie ou n'en offrent que de si légers qu'ils ne constituent dans l'ensemble que des phénomènes tout à fait accessoires ?

N'oublie-t-on pas qu'un peu d'hésitation de la parole, résultat d'un état congestif souvent passager, ne doit pas être confondu avec la paralysie permanente et incurable résultant de la désorganisation du cerveau.

On a pu voir par les observations réunies dans ce travail, que cette paralysie congestive peut être portée très loin et durer assez longtemps, et cependant disparaître

sans laisser de traces, ce qui prouve qu'elle ne tient pas à une lésion grave du cerveau. En voici un dernier exemple emprunté à M. Calmeil. Le malade était aussi arrivé à un état que le médecin regardait comme *désespéré*.

Observation XVI

Démence paralytique grave.

« M. M..., libraire, âgé de cinquante-six ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, ayant les capillaires de la face très injectés et l'intelligence peu développée, a une sœur aliénée. Sa nièce s'est tuée à la suite d'une légère contrariété.

En 1821, ayant été sur le point de perdre une partie de sa fortune, il a éprouvé un accès de manie, dont la durée a été de dix mois. Il parlait beaucoup, dormait peu, menaçait les personnes qui l'entouraient et offrait un extrême désordre dans ses actes. L'aliénation disparut d'elle-même, sans qu'on provoquât l'isolement.

M. M..., aussitôt après sa convalescence, s'adonne à la boisson. Souvent vers le soir il est excité, se plaint de maux de tête et digère difficilement. En 1823, il marche plus vite qu'à l'ordinaire, la vue se trouble, il se sent étourdi et sur le point de tomber. Après quelques minutes de repos, il rentre chez lui dans un véritable état de démence; le lendemain, il est conduit à Charenton.

La prononciation est obscure; on a de la peine à comprendre les réponses du malade, dont la démarche est excessivement lente. Souvent il chancelle, et un léger effort le renverserait. Les bras sont libres; la sensibilité est conservée, la santé générale est bonne. L'intelligence paraît affaiblie; physionomie stupide, compréhension obtuse, idées rares; le sujet cherche longtemps ce qu'il veut dire;

il est calme, ne parle presque jamais, mange lorsqu'on lui présente des aliments, semble n'avoir aucune espèce de sensation, urine quelquefois dans son lit. Son état semble désespéré. (Bains, tisane d'orge, sangsues à la base de la mâchoire.)

Au bout de quatre mois de traitement, les signes de paralysie générale disparaissent en partie, et l'état devient beaucoup plus satisfaisant. L'individu se promène, marche avec une certaine assurance, parle sans bégayer, rend compte de ce qu'il éprouve et s'occupe de sa famille.

Au bout de dix mois, il est rendu à la société ; il n'existe aucune trace sensible de paralysie générale, et l'intelligence, quoique peu étendue, est pour ainsi dire à l'état naturel. »

Qu'est devenu le malade? A-t-il survécu ? Ce qu'il restait de sa maladie s'est-il peu à peu dissipé? Ce sont les questions qu'on aurait dû s'adresser pour beaucoup d'aliénés sortis des asiles, et dont on n'a plus eu de nouvelles. Avant d'adopter d'une manière si absolue l'état d'incurabilité, n'eût-il pas fallu se livrer à des recherches plus sévères? Une enquête à cet égard me paraît donc devenue nécessaire ; n'eût-elle pour résultat que d'établir le nombre plus grand des cas exceptionnels de guérison constatés jusqu'à ce jour, qu'elle ne serait point inutile. Dès ce moment, n'est-il pas permis de dire que si quelques malades ont guéri après avoir offert des symptômes graves de paralysie, il est rationnel d'espérer que ceux chez lesquels ces signes ont été très légers et à peine appréciables doivent guérir dans une proportion plus forte ? Je reconnais, d'ailleurs, ici que les raisonnements sont de peu de valeur, et qu'il ne faut tenir compte que des faits.

P. S. — Au moment où je termine ce travail, M. le docteur Archambault m'apprend que, quand il est arrivé à

Charenton, il a trouvé douze ou quinze malades qui étaient dans l'établissement depuis plus de dix ans, et qui avaient été désignés, à leur entrée, comme atteints de paralysie générale. Cependant, ils n'offraient plus que des signes légers de cette maladie.

Dans ma dernière communication à la Société médico-psychologique, j'ai cité des faits semblables. J'ai dit comment après avoir annoncé à des familles l'invasion prochaine d'une paralysie générale et limité la vie à quelques années, j'avais vu ces fâcheuses prévisions ne pas se réaliser, ce qui m'avait peu à peu rendu plus circonspect au point de vue du pronostic.

Ces faits sont importants à constater, surtout quand les malades ont eu du délire ambitieux. Le diagnostic ne pouvant, dans ce dernier cas, être mis en doute, il s'ensuivrait que les faits observés par M. Archambault constitueraient autant d'exceptions à l'opinion généralement admise sur la marche fatalement progressive de la maladie. Ces faits prouvent tout simplement, à mon avis, que la manie et la mélancolie congestive ne finissent pas toujours par la démence paralytique, ou bien que celle-ci peut n'arriver, comme la démence simple à la suite de la manie, qu'après un assez grand nombre d'années.

Quoi qu'il en soit, il est évident que bien des recherches restent encore à faire sur ce sujet si complexe. Je suis, quant à moi, convaincu que nous sommes loin d'avoir le dernier mot sur cette maladie, dont la fréquence semble augmenter chaque année.

IV

DES RÉMISSIONS

DANS LA FORME MANIAQUE

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

I

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre la fréquence des rémissions dans le cours de la paralysie générale.

On reconnaît aussi que ces rémissions ne se présentent pas également dans les diverses formes de la maladie et on peut, sous ce rapport, diviser les faits en deux classes.

La première renferme tous les cas dans lesquels la paralysie générale se présente dès le début avec ses symptômes essentiels, la démence et la paralysie, ces deux ordres de symptômes marchant, en général, d'une manière parallèle jusqu'à la fin de la maladie.

Il est rare, il est vrai, que des conceptions délirantes passagères, que des signes d'excitation ou de dépression n'apparaissent pas à des époques et pendant une durée variables; mais ces phénomènes n'interviennent alors qu'à titre de symptômes accessoires. Ce qui prédomine dès le début et pendant tout le cours de la maladie, c'est la démence et la paralysie.

Dans tous les cas de ce genre, on observe rarement de véritables rémissions. On voit quelquefois rétrograder les

symptômes momentanément aggravés par une congestion passagère; mais l'état antérieur persiste.

Quand la maladie est à son état de simplicité, que la démence et la paralysie existent seules, la rémission ne pourrait d'ailleurs consister que dans la disparition de ces symptômes ; or, comme on le verra, ce sont précisément les signes de démence et de paralysie qui persistent quand les rémissions se produisent dans les formes maniaque, mélancolique ou monomaniaque.

La seconde classe comprend tous les faits dans lesquels la maladie débute par la manie, la mélancolie ou la monomanie. La folie, quelle que soit sa forme, domine alors toute la scène; les signes de paralysie sont encore légers ou même nuls. On dit souvent, dans ces cas, que ces signes sont masqués par l'exaltation maniaque ou passent inaperçus dans la dépression mélancolique.

C'est dans cette classe de faits, c'est-à-dire dans les formes maniaque, mélancolique et monomaniaque de la paralysie générale, que se présentent les rémissions; mais c'est surtout dans la première de ces formes qu'elles sont les plus fréquentes.

Plusieurs auteurs ont déjà signalé ce fait.

« C'est habituellement, dit Marcé, en parlant des rémis-
« sions, quand la paralysie générale a débuté sous la *forme*
« *maniaque* et expansive qu'on les voit se produire. L'agi-
« tation se calme, l'embarras de la parole diminue, les
« idées ambitieuses elles-mêmes s'éloignent, à tel point
« qu'on se demande si cette amélioration n'aboutira pas à
« une guérison parfaite (1). »

M. Linas a été plus explicite. « *Une des particularités les*
« *plus importantes de la manie paralytique*, c'est, dit-il,

(1) *Loc. cit.*

« la fréquente apparition des rémittences qui peuvent « durer plusieurs mois ou même plusieurs années et en imposer pour une guérison à des yeux inexpérimentés (1). »

M. Jules Falret, de son côté, semble aussi avoir eu surtout en vue l'état maniaque, en parlant des *intermittences* observées dans la paralysie générale.

« On est vraiment frappé d'étonnement, dit-il, en voyant « des aliénés, en proie depuis longtemps au délire des « grandeurs le plus multiple et le plus incohérent, à l'agi- « tation maniaque la plus violente, et à des phénomènes « de débilité musculaire très prononcés, revenir, comme « par enchantement, à un état presque normal, reconnaître « leurs erreurs, renoncer à toutes leurs idées délirantes « et recouvrer leurs forces musculaires. »

Ainsi donc, c'est la forme maniaque de la paralysie générale qui offre le plus de chances de rémission ; et, cependant, ne semble-t-il pas que c'est le contraire qui devrait avoir lieu.

L'excitation intellectuelle, l'activité désordonnée du maniaque, l'insomnie, se continuant plusieurs mois, sont en effet des conditions qui devraient concourir à une terminaison rapide et funeste de la maladie.

C'est donc un fait digne d'intérêt que cette fréquence des rémissions dans la forme maniaque de la paralysie générale, et nous rechercherons plus loin s'il ne peut pas, jusqu'à un certain point, éclairer la nature de cette maladie à son début.

Il importe d'abord d'examiner en quoi consistent réellement ces rémissions.

Comme on l'a vu plus haut, dans le passage emprunté à M. Jules Falret, les malades, quand il se produit une *in-*

(1) *Traité des maladies mentales*, p. 441.

termittence, reconnaissent leurs erreurs et renoncent à toutes leurs idées délirantes.

« Chez certains malades, dit Marcé, l'embarras de la pa-
« role persiste d'une manière très apparente et cependant
« ils raisonnent juste, se conduisent convenablement dans
« le monde, ont souvenance d'avoir été aliénés et attri-
« buent eux-mêmes à un état de folie toutes les fausses
« conceptions dont ils ont gardé le souvenir. Dans les cas
« rares où la disparition du délire coïncide avec la dimi-
« nution des troubles de la motilité, on comprend sans
« peine que cet état puisse simuler la guérison et en
« imposer à un observateur superficiel. »

Marcé décrit ensuite les signes d'affaiblissement intellectuel qu'on observe dans les cas de ce genre.

Ainsi ce qui reste en réalité ce sont les symptômes de la paralysie générale, tels qu'ils se montrent à la première période de cette maladie, quand elle est primitive et simple. Ce qui a disparu, c'est l'accès de manie.

Ce qu'on appelle les rémissions dans la paralysie générale ne sont donc point des rémissions de la paralysie générale elle-même, mais *des guérisons de l'accès maniaque.*

Quelle explication peut-on donner de ce fait et quelles conséquences peut-on en tirer?

II

La paralysie générale, dont l'aspect est assez uniforme quand elle est complètement développée, peut offrir des symptômes très différents ou même très opposés dans sa première période. C'est ainsi que, sans parler des formes qu'on a appelées *congestive*, *paralytique*, *démente*, les auteurs ont admis pour la folie seulement une forme

maniaque, une forme *mélancolique*, une forme *monomaniaque*.

On aurait pu ajouter une quatrième forme, comprenant les faits assez fréquents dans lesquels le même malade éprouve successivement un accès de mélancolie et un accès de manie.

On ne peut tout d'abord s'empêcher de faire remarquer que ces quatre formes de la folie paralytique sont précisément les mêmes que celles qu'on observe dans la folie simple.

On retrouve, en effet, dans toutes les classifications, quelles que soient d'ailleurs les dissidences sur d'autres points, la *manie*, la *mélancolie* ou la *monomanie* (délire partiel); en outre, tous les auteurs admettent les cas dans lesquels la manie et la mélancolie se succèdent chez le même malade (*folie à double forme*, *folie circulaire*).

Cette similitude des formes dans la folie simple et dans la folie paralytique mérite assurément d'être remarquée, mais on peut faire entre les deux maladies d'autres rapprochements.

Peut-être y a-t-il, au point de vue de l'hérédité de la paralysie générale, quelques distinctions à établir entre les diverses formes de cette maladie. Cependant, en attendant des recherches plus précises, il est déjà parfaitement démontré que l'influence de l'hérédité sur la production de la folie paralytique est assez grande. Dans beaucoup de cas on constate, en effet, que les malades ont eu des parents aliénés, et c'est avec la similitude des formes, un rapport de plus entre la folie simple et la folie paralytique.

On ne connaît pas les lésions qui produisent la manie et la mélancolie simples; mais il est permis d'affirmer *a priori* que ces lésions doivent être très différentes, puisqu'elles ont pour expression symptomatique les caractères les plus

opposés : d'un côté, l'exaltation la plus vive, et, de l autre, la dépression la plus profonde.

Les recherches d'anatomie pathologique ont fait découvrir dans le cerveau des aliénés paralytiques des lésions assez bien définies ; mais ces lésions ne sauraient expliquer les appareils symptomatiques si opposés de la manie et de la mélancolie. Que le malade ait succombé après un long accès maniaque ou après avoir été longtemps en proie au délire mélancolique, ou même qu'il n'ait eu ni accès de manie ni accès de mélancolie, le cerveau, examiné avec le plus grand soin, ne présente aucune différence appréciable.

On est donc, au point de vue anatomo-pathologique, dans la même ignorance, qu'il s'agisse d'expliquer la manie et la mélancolie simples ou la manie et la mélancolie paralytiques.

Il y a, dans les deux cas, une lésion inconnue, mais certainement différente, qui produit et entretient pendant de longs mois soit l'activité désordonnée du maniaque, soit l'inertie et la dépression du mélancolique, soit le délire partiel du malade qui n'offre ni excitation vive, ni dépression marquée.

Ces lésions inconnues, mais différentes, qui produisent la manie, la mélancolie ou la monomanie simples, sont-elles les mêmes que celles qui entretiennent la manie, la mélancolie ou la monomanie paralytiques? L'ignorance où l'on est sur la nature de ces lésions ne permet pas de rien affirmer ; mais on peut dire que cette identité de nature est au moins extrêmement probable. Comment, en effet, expliquer autrement la similitude des formes?

Sans doute, dans la folie paralytique, la lésion *vésanique* de la folie simple serait associée à des éléments nouveaux, aux lésions commençantes qui provoqueront plus tard les symptômes les plus graves de la démence paralytique ; mais

si ces lésions impriment à la manie, à la mélancolie et à la monomanie un aspect particulier, ces maladies, bien que leurs symptômes soient modifiés, ne changent pas pour cela de nature. Elles n'en conservent pas moins leurs caractères essentiels : l'activité désordonnée et le délire général dans la manie, et, dans la mélancolie de la dépression, l'inertie et le délire triste.

La manie qui signale le début de la paralysie générale serait donc de même nature que la manie simple; elle serait seulement modifiée par son association avec des éléments nouveaux (1).

La fréquence de la guérison de la manie paralytique s'expliquerait par ce fait que la manie simple est, de toutes les vésanies, celle qui a le plus de tendance à la guérison et celle qui guérit en effet le plus souvent.

L'accès maniaque n'interviendrait ici, selon les cas, qu'à titre de prélude ou de complication, et sa guérison, isolée de celle de la paralysie générale, dont les premiers symptômes persistent, n'aurait plus rien que de très simple.

Parchappe, dans son ouvrage, a divisé les faits de folie en deux classes :

La première renferme les observations de folie simple ;

La seconde tous les cas de folie qu'il appelait *composée*, comprenant la *folie paralytique* et la *folie épileptique*.

Quand on voit l'accès de manie, survenu au début de la paralysie générale, se terminer par la guérison, les malades revenant à la raison malgré la persistance des premiers signes de la démence paralytique, ne doit-on pas dire qu'il s'agissait, en effet, d'une maladie *composée* de deux éléments très différents : les lésions commençantes de la

(1) On peut encore rappeler ici que la manie paralytique est, comme la manie simple, mais plus souvent encore, précédée d'une période mélancolique.

paralysie générale, d'une part, et l'élément vésanique de la folie simple, d'autre part?

Tout cela d'ailleurs, on le comprend, serait applicable à la forme mélancolique et à la forme monomaniaque de la paralysie générale qui, comme la forme maniaque, ne seraient aussi que des folies composées.

Comment, d'ailleurs, ne pas admettre qu'il en est ainsi, quand on reconnaît que la paralysie générale existe souvent sans qu'il y ait ni accès de manie, ni accès de mélancolie. Or, ce fait n'est désormais contesté par personne. A côté des formes maniaque, mélancolique et monomaniaque, tout le monde admet la forme démente, « celle qui débute « d'emblée par l'affaiblissement intellectuel, celle dans « laquelle la démence est primitive et poursuit paisible- « ment son cours sans que ses progrès ordinairement lents « et continus soient interrompus ou modifiés par une ma- « nifestation délirante quelconque. » (Linas, thèse, p. 31.)

Or, cette forme démente, c'est la paralysie générale avec ses symptômes essentiels, ceux qui ne manquent jamais.

Si ce type de la démence paralytique primitive existe, comment doit-on envisager les cas où la maladie débute par un accès de manie, de mélancolie, de monomanie ou de double forme? A notre avis, il est impossible, en se plaçant au point de vue de l'opinion généralement admise, de considérer ces accès autrement que comme une complication.

Cette complication, il est vrai, occupe en apparence toute la scène ; elle masque la maladie primitive et principale, la démence paralytique. Que l'accès de folie guérisse, qu'il se produise une rémission, on verra apparaître complètement isolés les symptômes essentiels de la maladie à son début, la démence et la paralysie. Il y avait

donc là deux éléments qui se sont dissociés ; or, ces deux éléments ce sont deux maladies différentes qui ont chacune leur place dans le cadre nosologique ; c'est, d'une part, la démence paralytique, et, d'autre part, la manie, la mélancolie ou la monomanie.

On peut objecter, il est vrai, que les accès de mélancolie ou de manie, parfaitement caractérisés, sont loin de constituer les faits les plus nombreux ; dans la majorité des cas, l'agitation ou la dépression du paralytique ne ressemblent point à un véritable accès de manie ou de mélancolie. On doit reconnaître, en effet, que s'il y a un grand nombre de formes mixtes dans la folie simple, il en existe beaucoup plus encore dans la folie paralytique. Ces formes mixtes s'expliquent souvent ici par les degrés différents de l'état congestif. Celui-ci est-il très léger, l'accès maniaque se présente sans aucun signe appréciable de paralysie. Dans le cas contraire, on observe la prédominance des signes de paralysie et de démence ; le délire maniaque, s'il ne disparaît pas peu à peu, est bientôt complètement modifié.

Ce serait un grand tort assurément que de vouloir édifier des théories avec des faits exceptionnels ; mais ne tomberait-on pas dans une erreur non moins grande en ne cherchant pas, au milieu de faits complexes et disparates, à isoler avec soin les types pour servir de base aux classifications.

Or, ici, les types existent et ils existent en assez grand nombre. On observe, en effet, assez souvent, au début de la paralysie générale, de véritables *accès de manie* ou de *mélancolie* avec tous les symptômes principaux que ces maladies offrent dans la folie simple.

III

En adoptant cette opinion que les accès de manie, de mélancolie ou de monomanie dans la paralysie générale ne sont, en réalité, que des complications, on ferait disparaître, à notre avis, de l'histoire de cette maladie plusieurs faits difficiles à comprendre.

Marcé a été frappé des caractères si variés qu'offre la paralysie générale à son début.

« C'est, dit-il, un fait vraiment digne d'intérêt de voir la « paralysie générale qui, arrivée à son développement « complet, offre un appareil symptomatique assez uni- « forme, se révéler à son début par les aspects les plus op- « posés. »

Cette remarque est assurément très juste; mais si le fait est très digne d'intérêt, on ne peut nier qu'il ne soit en même temps assez étrange. Il le paraît plus encore si on se reporte aux lésions qui doivent entretenir pendant plusieurs mois tantôt l'excitation maniaque, tantôt la dépression mélancolique.

Quand il s'agit de la folie simple, tout en reconnaissant que ces lésions sont encore inconnues, on croit néanmoins pouvoir affirmer qu'elles sont différentes; mais pour la paralysie générale, il en serait autrement. Les formes maniaque, mélancolique et monomaniaque de cette maladie ne constituant qu'une seule entité morbide, on serait forcément conduit à les rattacher à des lésions de même nature.

Voici, en effet, ce que dit, à cet égard, M. Calmeil :

Après avoir décrit les lésions constatées dans le cerveau d'un aliéné paralytique qui avait été en proie à un délire mélancolique des plus actifs, cet auteur déclare que si on

compare ces lésions « avec celles qu'on a coutume de ren-
« contrer soit dans l'appareil encéphalique des paralyti-
« ques en proie à des idées ambitieuses, soit dans l'en-
« céphale des paralytiques atteints ou de manie ou de
« démence, on se convaincra bientôt qu'elles offrent à peu
« près constamment chez tous la même origine inflamma-
« toire ».

Après cette déclaration, M. Calmeil ajoute : « A ceux
« qui seraient tentés de demander comment il peut se
« faire qu'une même phlegmasie ait le pouvoir de se tra-
« duire au dehors par des manifestations psychiques aussi
« peu concordantes, nous répondrions que nous ne savons
« pas pourquoi l'inflammation a le pouvoir d'agir sur l'in-
« telligence ; que nous ne savons pas davantage pourquoi
« elle fait naître tantôt la fureur, tantôt des idées d'orgueil,
« tantôt des idées de suicide ; mais qu'il n'en est pas moins
« positif que l'encéphalite enfante souvent les désordres
« les plus variés dans leur aspect fonctionnel (1). »

Si on accorde ici aux accès de manie ou de mélancolie une existence isolée, la réponse à cette question nous semble devenir plus facile. Si la paralysie générale, en effet, offre souvent à sa première période l'aspect le plus opposé, c'est-à-dire l'aspect de la manie ou de la mélancolie, c'est que la manie, la mélancolie ou la monomanie la précèdent ou la compliquent dès le début.

La complication, selon sa forme, doit être rapportée à des lésions différentes que l'autopsie ne fait pas plus découvrir ici que dans la folie simple ; mais il est inutile de faire intervenir l'encéphalite pour expliquer des appareils symptomatiques aussi opposés.

Ainsi disparaît ce fait anormal d'une maladie débutant

(1) T. I, p. 353.

par les lésions et les symptômes de la manie, ou par les lésions et les symptômes de la mélancolie, c'est-à-dire par des lésions différentes et les symptômes les plus opposés.

Peut-être convient-il, avant de terminer et pour bien préciser le but de cette note, de rappeler que pendant longtemps on a considéré la paralysie générale comme une complication, ou mieux, comme une terminaison de la folie. On admettait que les malades étaient d'abord atteints de monomanie, de manie ou de mélancolie; puis, que ces vésanies se transformaient en démence paralytique.

On sait que Parchappe, dans son recueil d'observations. a établi une division à part pour les folies *passant à l'état paralytique*.

Cette doctrine ne compte plus que de rares partisans.

On professe aujourd'hui que la paralysie générale est une maladie primitive et qu'elle ne succède pas, comme on le croyait, à la folie simple.

Ce qu'on prenait autrefois, dit-on, pour des accès de manie, de mélancolie ou de monomanie se prolongeant pendant plusieurs mois, était simplement un délire *maniaque mélancolique* ou *monomaniaque* symptomatique d'une paralysie générale déjà déclarée. Ces délires symptomatiques différeraient donc essentiellement des véritables vésanies.

Il en résulte que la folie vésanique, la folie essentielle, ne précède, ni ne complique la paralysie générale, et que les rapports signalés entre ces deux maladies ont cessé d'exister.

J'ai déjà essayé de réagir contre ce que cette doctrine me semblait avoir de trop absolu en signalant les difficultés qu'elle crée, les erreurs auxquelles elle expose; cette note tend au même but.

En résumé :

1° C'est surtout quand la paralysie générale débute par un accès de manie que s'observent ce qu'on appelle les rémissions.

2° *Ces rémissions ne sont autre chose que la guérison de l'accès maniaque* avec persistance des premiers signes de la démence paralytique. Il en est de même pour les rémissions dans les formes mélancolique et monomaniaque.

3° On ne peut expliquer la fréquence des rémissions dans la forme maniaque qu'en la rapprochant de la fréquence des guérisons dans la manie simple et qu'en admettant l'existence de l'élément vésanique comme complication de la paralysie générale à son début. On peut surtout invoquer, à l'appui de cette opinion, la similitude des formes dans la folie simple et dans la folie paralytique, et l'existence de cas nombreux de paralysie générale primitive exempts de toute complication de manie, de mélancolie ou de monomanie (1).

4° En admettant que les diverses formes de la folie compliquent souvent la paralysie générale à son début, on fait disparaître cette anomalie d'une maladie, d'un aspect assez uniforme quand elle est complètement développée, qui, pendant sa première période, offrirait tantôt les symptômes et, par conséquent, les lésions de la manie, tantôt les symptômes et les lésions de la mélancolie, c'est-à-dire des lésions différentes et les symptômes les plus opposés.

(1) Il me paraît nécessaire de rappeler qu'en admettant ici l'élément vésanique se traduisant par des accès de manie, de mélancolie, ou de folie à double forme, je ne prétends en aucune manière identifier ces accès à ceux de la folie simple. La folie ambitieuse qui précède ou complique la paralysie générale, comme je l'ai déjà dit plus haut (voir page 1328) est une folie spéciale qui doit être séparée de la folie simple aussi bien que de la démence paralytique.

V

DE LA GUÉRISON

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

ET DE LA

THÉORIE DES PSEUDO-FOLIES PARALYTIQUES

I

Il y a dans la science un certain nombre d'observations dans lesquelles tous les symptômes des premières périodes de la paralysie générale se sont montrés réunis, dans lesquelles ces symptômes ont persisté longtemps, six mois, une année ou même plus; l'état des malades a pu quelquefois paraître des plus graves, et cependant ces malades ont guéri.

Les éléments du diagnostic étaient si complets qu'aucune hésitation sur la nature de la maladie ne semblait possible.

Comment donc se fait-il que la plupart des auteurs continuent à regarder la paralysie générale comme incurable, et même, que plusieurs d'entre eux nient la possibilité de la guérison?

Si on cherche à expliquer ce fait, on constate que tout le monde est d'accord sur l'exactitude et l'authenticité des

observations, mais qu'il n'en est plus ainsi quant au mode d'interprétation (1).

On ne nie pas que les malades aient guéri, mais on se refuse à admettre qu'ils fussent atteints de péri-encéphalite chronique.

C'est l'opinion que j'avais émise, il y a longtemps déjà, en séparant les manies congestives de la paralysie générale. Je suis revenu sur cette question dans un long travail publié en 1883 dans les *Annales*. J'ai en effet essayé de démontrer « que les prétendues guérisons de paralysie générale ne sont, en réalité, que des guérisons d'accès d'une espèce spéciale de folie, indépendants de la péri-encéphalite chronique ».

Bien qu'en se plaçant à un point de vue différent de celui que j'avais adopté, MM. Christian et Ritti ont récemment et très nettement affirmé le même fait dans le grand *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

« Nous avons, disent-ils, la conviction absolue que, chaque fois qu'on a signalé la guérison d'un cas de paralysie générale, on a commis une erreur de diagnostic : il n'existait pas de péri-encéphalite. Et de même, chaque fois que nous avons affaire à une paralysie générale véritable avec péri-encéphalite, nous sommes persuadé que la guérison est impossible et que la mort est la terminai-

(1) « Les auteurs, dit M. Ball, sont tellement unanimes pour considérer la maladie comme absolument incurable qu'on n'ose à peine élever la voix pour jeter une note discordante dans ce concert. » (*Leçons sur les maladies mentales*, p. 787.)

D'après M. Foville, « le pronostic de la paralysie est toujours extrêmement grave, on peut même dire qu'il suffit que l'existence de la maladie soit nettement reconnue pour que la terminaison fatale doive être considérée comme certaine et ne soit plus qu'une question de temps. (*Nouveau Dictionnaire de médecine pratique*, t. XXVI, p. 123.)

Pour M. Dagonet, la paralysie générale, « une fois confirmée, doit être considérée comme incurable. Les cas de guérison rapportés par les auteurs ne sont probablement qu'apparents. » (*Traité des maladies mentales*, p. 341.)

M. Luys pense que, dans la paralysie générale, « la terminaison fatale n'est qu'une affaire de temps. » (*Traité des maladies mentales*, p. 610.)

son forcée de la maladie; » et, plus loin, ils ajoutent: « Nous le répétons, la paralysie générale est une affection incurable dont la terminaison unique est la mort (1). »

Avant toute discussion, je crois devoir citer une observation empruntée à l'ouvrage que M. le Dr Tuczek a publié sur la paralysie générale en 1884 (2).

Elle a pour titre : *Guérison d'un paralytique.*

Elle forme à elle seule un long chapitre de l'ouvrage. La maladie y est décrite dans tout son cours avec les détails les plus précis, et c'est, sans contredit, le fait de guérison de paralysie générale le plus complet que possède la science. Elle a d'ailleurs cela de particulièrement intéressant que le malade, guéri depuis cinq ans de sa paralysie générale, a été atteint d'ataxie locomotrice.

Voici le résumé de l'observation :

PARALYSIE GÉNÉRALE GUÉRIE AU BOUT DE QUINZE MOIS

SOMMAIRE. — Trente-neuf ans, ni excès alcooliques, ni syphilis, ni hérédité. Délire des grandeurs absurde et incohérent; embarras de parole; signes de démence; congestions cérébrales intercurrentes; période mélancolique avec refus d'aliments; emploi de la sonde œsophagienne; eschares au sacrum; rétention d'urine; état grave; amélioration après le dixième mois, guérison complète après quinze mois. — Deux ans après, anaphrodisie; faiblesse de la vue à droite; douleurs fulgurantes; ataxie locomotrice confirmée.

C..., âgé de trente-six ans, facteur à la poste, entré dans l'asile de Marburg le 29 août 1877, en est sorti le 16 septembre 1878. Ce malade n'avait jamais fait d'excès alcooliques et n'avait jamais eu la syphilis; on ne connaissait pas d'aliénés dans sa famille. Six semaines avant l'entrée

(1) *Dictionnaire encyclopédique*, 2e série, t. XX, p. 762.
(2) *Beitrage zur pathologische Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica*, 1884.

à l'asile, il avait éprouvé de l'amnésie, et l'administration avait été obligée de le congédier à cause des oublis fréquents qu'il commettait dans son service.

Comme prodromes, indifférence pour sa famille, propos obscènes à sa belle-sœur en présence de plusieurs personnes. D'économe qu'il était, il est devenu prodigue; il rentre un jour ayant acheté un plein sac de bibelots inutiles, et ne peut dire d'où ils proviennent. Bientôt après, excitation et perte de sommeil; il écrit beaucoup, chante, etc. A son entrée à l'asile, agitation très vive, idées de grandeur. A l'excitation succède un état d'apathie et de mutisme; cet état cesse bientôt et on voit reparaître le délire des grandeurs qui prend une grande extension. Le malade dit qu'il va toucher 300,000 francs, il prétend que sa femme est accouchée de cent trente-sept garçons; c'est lui-même qui les a mis au monde et qui les a rangés à côté les uns des autres sur le lit.

Il survient à la main droite un abcès, dont l'ouverture donne issue à une grande quantité de pus. Persistance des idées de grandeur; l'empereur a fait don à C... de dix millions, il a envoyé à son père une voiture pleine d'argent.

Le 17 novembre, le médecin adresse à l'autorité un certificat constatant « le délire des grandeurs, l'embarras de la prononciation et d'autres symptômes qui font considérer ce malade comme atteint de démence paralytique ».

Le 15 décembre, excitation plus vive, embarras de la parole plus prononcé. C... possède quatre mille chevaux. Le médecin a incisé le ventre de sa femme et y a introduit 100 livres de viande désossée.

Le 20 décembre, attaque de congestion, avec perte de connaissance pendant dix minutes et suivie d'un grand embarras de la parole. Au commencement de janvier, vomissements répétés, très grande gêne de la déglutition;

on est obligé de passer la sonde œsophagienne pour nourrir le malade.

Le 14 janvier 1878, il refuse d'ouvrir la bouche, la contracte très fortement et *fait signe qu'il y a quelque chose dedans;* il dépérit beaucoup. Le délire des grandeurs persiste au plus haut degré. Le malade répète qu'il est « pape, empereur d'Allemagne, roi de Danemark ».

Au commencement *d'avril 1878*, attaque congestive grave, avec faiblesse très prononcée du bras droit. Inégalité des pupilles, affaiblissement considérable. C... ne peut plus se lever sans aide; il mange très peu; on est obligé de le passer dans une infirmerie. Rétention d'urine qui nécessite l'emploi de la sonde.

12 avril. Depuis l'attaque congestive, état semi-comateux. C... a cessé de parler; si on l'appelle, il tourne la tête et répond par oui ou non; la paralysie incomplète du bras droit diminue.

16 avril. Eschare assez étendue au siège.

Peu à peu, l'état grave, qui avait succédé à la congestion, s'est dissipé; le malade se lève, se promène; il a un très grand appétit; retour des idées de grandeur.

A la fin de *mai*, l'eschare est guérie; le malade a eu plusieurs attaques congestives après lesquelles il restait affaibli pendant quelques jours; signes de démence.

A partir du mois de *juin*, C... va beaucoup mieux, il reprend ses forces et travaille au jardin. Il commence à avoir conscience de son état. Mais, chose curieuse, tout en répudiant comme folles ses anciennes idées de grandeur, il continue à soutenir qu'il a été baron pendant deux ans.

Le 7 septembre 1878, sur les instances de sa famille, on lui accorde sa sortie, bien qu'il conserve encore la conviction d'avoir été baron pendant deux ans.

Le certificat de sortie constate que le malade est simplement en *rémission, qu'une nouvelle attaque aura certainement lieu, et que déjà, d'ailleurs, l'intelligence est très affaiblie*.

Deux ans après, cet homme se présenta de nouveau à l'asile pour être examiné et obtenir un certificat de guérison qui lui permettrait d'être réintégré dans l'administration des postes.

Après un examen fait avec soin, ce certificat fut en effet délivré, et, sans le reproduire textuellement, je me borne à dire qu'il constate que l'état intellectuel et moral semble *absolument normal, qu'il ne reste aucun symptôme de la maladie*.

Le 1er janvier 1882, après beaucoup d'instances, C... fut réintégré dans l'administration des postes, où il s'acquitta très bien de son service.

Cependant, dès le mois d'avril 1882, il se produit un affaiblissement de la vue du côté droit. Cet homme, en effet, écrit au directeur de l'asile que sa santé est très bonne, et il ajoute : il n'y a *que mon œil droit qui ne va pas bien*. Du reste, il s'acquittait si exactement de ses fonctions, qu'admis d'abord comme simple surnuméraire, on lui avait rendu son ancienne place avec augmentation de traitement.

En octobre 1883, il dut quitter son service par suite d'une tuméfaction du pied gauche qui le mettait dans l'impossibilité de marcher.

Le 18 décembre 1883, apparition de douleurs fulgurantes.

Au commencement de *mars 1884*, on constate que le malade chancelle quand il est debout; il indique mal les endroits piqués avec une épingle, le phénomène réflexe de la rotule manque complètement, etc.

Les symptômes de l'ataxie locomotrice s'aggravèrent rapidement.

Le 12 mai 1884, le médecin de l'asile constate que la démarche est complètement ataxique. Elle se produit par saccades, et le malade ne peut marcher sans l'aide d'une canne.

L'intelligence est intacte, aucune trace d'embarras de la parole. C... prononce les mots les plus compliqués sans la moindre difficulté.

Le malade dont je viens de résumer l'observation offrait assurément un type de paralysie générale. Tous les symptômes classiques des premières périodes se trouvaient réunis et ils ont persisté plus d'une année (1).

Si on admet que la paralysie générale est incurable, on est obligé de rechercher comment un pareil fait peut être expliqué, et c'est ce que je vais essayer de faire.

II

Depuis quelques années, on a démontré que certains aliénés peuvent présenter tous les symptômes classiques des premières périodes de la paralysie générale sans être atteints de péri-encéphalite chronique. On a donc admis,

(1) J'ai dit que cette observation était la plus complète de celles qui avaient été publiées, mais je dois rappeler qu'on pourrait aujourd'hui citer un assez grand nombre de faits semblables, dans lesquels le diagnostic de la paralysie générale ne pouvait non plus être mis en doute. Je crois devoir, à cet égard, renvoyer aux observations que j'ai réunies dans un mémoire publié dans les *Annales* en 1858. Je crois, d ailleurs, devoir faire remarquer qu'il est assez difficile d'être fixé sur le nombre réel des guérisons. M. Doutrebente, dans son travail sur les rémissions, a divisé les faits en deux catégories. La première comprend les rémissions complètes, et la seconde les rémissions incomplètes. Il résulte des tableaux qu'il a présentés que les malades de la première catégorie n'avaient plus aucun symptôme physique ni somatique ; ces malades, quand ils sortent des asiles dans ces conditions, meurent-ils tous plus tard de paralysie générale, et combien y en a-t-il sur l'avenir desquels on n'a eu aucun renseignement?

dans l'ensemble des faits désignés sous la dénomination de paralysie générale, deux maladies différentes.

L'une, la paralysie générale vraie, a continué à être attribuée à une péri-encéphalite chronique.

L'autre, la pseudo-paralysie générale, a été expliquée par de simples troubles circulatoires (1).

On comprend que cette théorie pouvait fournir, pour la question de la curabilité de la paralysie générale, une solution que les auteurs n'avaient pas prévue.

L'idée d'expliquer les prétendues guérisons de la péri-encéphalite chronique par des erreurs de diagnostic se présentait d'elle-même, et il n'y a point à s'étonner qu'elle ait été émise.

Cependant, cette théorie, si simple en apparence, me paraît soulever d'assez graves objections.

La première se rapporte au diagnostic.

Si on admet, en effet, qu'il y a eu pour le malade observé par M. Tuczek une erreur de diagnostic, il est évident que cette erreur était inévitable et que c'est la guérison seule qui a permis de la reconnaître.

Il faudrait donc, dans tous les cas semblables, attendre l'issue de la maladie, soit que le malade ait guéri, soit que les lésions de la péri-encéphalite n'aient pu être constatées après la mort.

Mais si, déclarant la guérison de la paralysie générale impossible, on admet des pseudo-folies paralytiques qui peuvent la simuler d'une manière si complète, que devient le diagnostic dans les cas assez nombreux où la maladie débute par le délire maniaque, sans que ce délire ait été précédé de symptômes de démence et de paralysie?

(1) Voir les leçons de M. le professeur Fournier sur la pseudo-paralysie générale syphilitique, de M. le professeur Ball sur les pseudo-paralysies générales alcooliques, et surtout les travaux de M. Régis.

Tant que ces symptômes pathognomoniques n'auront pu être constatés d'une manière certaine, ne devra-t-on pas, en effet, réserver le diagnostic? S'il en est ainsi, on est forcé de reconnaître que le doute, dans beaucoup de cas, pourrait se prolonger longtemps.

On dit souvent que, pendant la durée de l'accès maniaque, la démence peut être masquée par le délire, et ce n'est quelquefois qu'après la guérison de cet accès de manie qu'on constate l'affaiblissement intellectuel. Cet affaiblissement, dans quelques cas, est même si léger qu'on a pu faire remarquer avec raison qu'il faudrait avoir connu le malade avant son accès pour être fixé sur ce point d'une manière certaine. Avec la théorie des pseudo-paralysies générales on ne pourrait donc affirmer le diagnostic qu'après la constatation de la démence et de la paralysie.

Il y a, d'ailleurs, un autre ordre de faits pour lesquels, si on ne commet pas d'erreur de diagnostic, on est obligé de rester dans le doute jusqu'à la terminaison de la maladie.

Je veux parler des malades chez lesquels on observe le délire des grandeurs sans aucun trouble de la parole. On se borne alors à exprimer des *craintes* sur l'existence d'une paralysie générale au début, mais on ne croit pas pouvoir l'affirmer.

Il arrive que ces malades guérissent, et alors ne devrait-on pas se demander si on a assisté au début d'une paralysie générale vraie ou d'une pseudo-paralysie générale?

On peut soutenir, je crois, les deux opinions.

Certains auteurs, qui regardent la paralysie générale comme incurable quand elle est complètement développée, admettent qu'elle peut s'arrêter à son début, rétrograder et guérir. Mais comment savoir si cette maladie qui s'arrête et guérit était le début d'une péri-encé-

phalite chronique ou le début d'une pseudo-paralysie générale?

On pourrait citer beaucoup de faits de ce genre. Je n'en rappellerai qu'un, emprunté à M. Christian.

Un malade de cinquante-deux ans entre à Charenton dans un état d'excitation maniaque avec délire des grandeurs. Les pupilles étaient inégales, mais il n'y avait aucune hésitation de la parole. Quinze jours après l'entrée, il survient des eschares au sacrum.

M. Christian exprime la *crainte* que ce malade ne soit atteint de paralysie générale.

Quatre mois se passent; l'état mental s'améliore, le délire disparaît; mais le malade a quelque chose d'enfantin qui fait craindre une *déchéance intellectuelle irrémédiable*. Il est alors transféré à l'asile Sainte-Anne, où M. Ball le considère comme atteint de paralysie générale.

Cet homme était guéri depuis trois ans et gérait parfaitement ses affaires, quand M. Christian a publié l'observation.

Dans tous les cas de ce genre, et M. Christian ajoute qu'ils ne sont vraiment pas rares, le diagnostic n'est-il pas suspendu pendant la plus grande partie de l'accès? Comment savoir, avant la terminaison de la maladie, si les craintes qu'elle inspire vont ou non se réaliser?

Il y a même des cas, très rares il est vrai, où l'incertitude peut se prolonger pendant une ou plusieurs années. J'ai réuni un certain nombre de ces faits dans un mémoire publié dans les *Annales* en 1866. On pourra voir que, dans ces cas, le délire des grandeurs n'a été suivi de démence paralytique qu'après deux, trois et même cinq ans.

Pendant cette période si longue n'a-t-on pas dû se de-

mander, sans pouvoir l'affirmer, si les malades étaient ou non paralytiques (1)?

M. Christian a publié récemment, dans les *Annales médico-psychologiques,* une très intéressante observation de ce genre. Le malade avait, à son entrée à Charenton, un délire alcoolique qui se dissipa au bout de quelques jours; mais il conserva un délire des grandeurs bien caractérisé. Il prétend qu'il va devenir empereur; qu'il a des trésors, cinq cents chevaux à vendre à Paris, etc... En même temps, il se plaint de poisons asphyxiants dans l'air qu'on lui fait respirer; il accuse un de ses voisins de lui lancer ces poisons à l'aide du télégraphe; il offre, en outre, des signes de démence. En énumérant ses trésors, en effet, il sourit niaisement et parle sans conviction. Ce délire persista pendant quinze mois. Un matin, le malade annonça qu'il *n'avait plus de mains, que ses yeux étaient devenus tout petits; que sa tête allait elle-même se rapetisser; il serait réduit à rien du tout,* etc., etc. Les signes de démence devenaient plus tranchés. Après avoir eu un accès d'agitation maniaque, ce malade succomba tout à coup par suite d'une hémorrhagie méningée.

M. Christian, dans les réflexions dont il fait suivre cette observation, avoue que bien souvent, « pendant que le malade était dans son service, il s'était demandé s'il n'était pas atteint de paralysie générale. »

Et, après avoir discuté cette question du diagnostic, il ajoute : « L'autopsie est venue, d'ailleurs, confirmer mes doutes ; le malade n'était pas un paralytique. »

Voici donc un cas dans lequel on a observé successivement un délire des grandeurs, des conceptions hypochondriaques d'une nature spéciale et très caractéristique et, en

(1) Voir le mémoire ayant pour titre : *Du délire des grandeurs dans ses rapports avec la paralysie générale.*

outre, des signes de démence. Tout cela, en effet, ne suffisait-il pas pour légitimer les doutes que l'autopsie seule a dissipés (1) ?

III

Il y a un fait dont on s'est, ce me semble, trop peu préoccupé et qui me paraît fournir une seconde objection contre la théorie des pseudo-folies paralytiques.

Lorsqu'un malade entre dans un asile atteint de manie avec délire des grandeurs, alors même qu'il n'a aucun trouble de la parole, on craint qu'il ne devienne ou qu'il ne soit déjà paralytique, et les craintes qu'on exprime se réalisent le plus souvent. Si ce maniaque guérit, on dit, selon l'expression de M. Voisin, qu'il a côtoyé la paralysie générale. A plus forte raison doit-il en être ainsi lorsque les symptômes psychiques et somatiques sont réunis, comme cela a lieu chez les pseudo-paralytiques. Ces malades doivent être considérés comme ayant été, pendant toute la durée de leur accès, dans l'imminence de la démence paralytique.

(1) J'ai lu avec attention tout ce qu'on a dit du diagnostic différentiel entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale, et je suis resté convaincu que les caractères indiqués sont insuffisants au moins pour le plus grand nombre des cas.

Il ne s'agit pas, en effet, de ne voir ici que les types les plus communs de la péri-encéphalite chronique ; il faut avant tout tenir compte des anomalies qu'offre la maladie dans l'évolution de ses symptômes. Je ne saurais, à cet égard, mieux faire que de reproduire ici le passage suivant, écrit à propos du diagnostic différentiel de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale.

« Plus on a occasion d'étudier la paralysie générale, dit M. Foville, plus on constate qu'elle est compatible avec une excessive variabilité dans l'ordre d'apparition des symptômes dans leurs combinaisons, dans leurs suspensions temporaires et encore plus dans le degré d'intensité et la multiplicité des nuances de chacun d'eux. Dès lors, comment trouver dans ces circonstances des caractères distinctifs susceptibles d'une application tant soit peu rigoureuse ? » (*Annales médico-psychologiques*, 1879, t. Ier, p. 379.)

Non seulement il en est ainsi, mais le danger ne cesse même pas après la guérison.

Le docteur Nasse ayant fait une enquête pour savoir ce qu'étaient devenus six paralytiques sortis guéris de son asile, a trouvé que, pour deux d'entre eux, il y avait eu récidive dans la première année qui avait suivi la guérison.

Si on admet l'incurabilité absolue de la paralysie générale, ces six malades doivent être regardés comme des pseudo-paralytiques.

Or, comme on le voit, deux de ces pseudo-paralytiques sont morts de paralysie générale.

Il est donc certain que les pseudo-paralysies générales ont la plus grande tendance à se terminer par la démence paralytique.

La manie paralytique vraie et la pseudo-manie paralytique ont donc non seulement les mêmes symptômes, mais très souvent la même terminaison.

Je crois, en outre, devoir faire remarquer que les pseudo-folies paralytiques qu'on sépare de la paralysie générale ne peuvent être réunies aux folies simples. Non seulement elles en diffèrent par leurs symptômes, mais beaucoup plus encore par la gravité de leur pronostic. Il faut donc leur assigner une place à part dans le cadre nosologique. Or, n'est-il pas bien difficile d'admettre ainsi à côté l'une de l'autre, et comme distinctes, deux maladies ayant les mêmes symptômes et très souvent la même terminaison, en se fondant sur ce seul fait, que l'une peut guérir et que l'autre serait toujours incurable?

De ce qui précède, on peut, je crois, conclure que l'explication des guérisons de la paralysie générale par la théorie des *pseudo-folies paralytiques*, *des folies avec syndrome paralytique*, a pour conséquence de rendre inévi-

tables, dans un certain nombre de cas, des erreurs de diagnostic, qui ne peuvent être reconnues qu'après la terminaison de la maladie, et de forcer, dans d'autres cas plus nombreux, de rester longtemps dans le doute sur sa nature.

IV

Comme je l'ai dit au commencement, j'ai proposé, pour expliquer les prétendues guérisons de la paralysie générale, une autre théorie qui a été exposée en détail dans les *Annales* en 1883 ; je me bornerai à rappeler brièvement ici les faits sur lesquels elle repose.

La paralysie générale a deux formes principales.

Dans la première, on observe, dès le début, les symptômes essentiels et pathognomoniques de la maladie : la démence et la paralysie. C'est la démence paralytique primitive.

Cette forme démente, qu'elle se complique ou non plus tard de délire, est toujours incurable.

L'autre forme débute par le délire maniaque ou mélancolique, sans que ce délire ait été précédé ni de démence ni de paralysie ; elle est associée ou non à des symptômes d'ataxie musculaire ; c'est la forme vésanique, et c'est à cette forme seule que se rapportent les cas de guérison publiés par les auteurs.

D'après la théorie que j'ai proposée, ces deux formes devraient être considérées comme deux maladies distinctes.

On sait que les auteurs emploient indifféremment les dénominations de *paralysie générale*, de *démence* et de *folie paralytique* ; or, ces deux dernières dénominations me paraîtraient devoir être conservées : l'une, pour désigner la paralysie générale, l'autre ne devant plus s'ap-

pliquer qu'aux formes vésaniques primitives de la maladie.

C'est à cette folie paralytique que devraient être attribuées les prétendues guérisons de la paralysie générale.

Je n'ai pas à rappeler ici les faits sur lesquels cette théorie s'appuie. Je ferai seulement remarquer que si elle soulève des objections, ces objections diffèrent de celles qui ont été indiquées plus haut contre la théorie des pseudo-folies paralytiques.

Si l'on prend pour exemple la forme la plus commune de la paralysie générale, la manie paralytique, il est évident qu'on n'aura plus à se préoccuper de distinguer entre elles une manie paralytique vraie et une pseudo-manie paralytique. Il n'y aurait donc plus lieu d'admettre dans le cadre nosologique deux maladies ayant les mêmes symptômes et souvent la même terminaison et qui, cependant, seraient d'une nature différente.

L'objection relative aux erreurs de diagnostic n'existerait plus, car les symptômes de la démence paralytique et de la folie paralytique sont si différents qu'on ne saurait les confondre.

Il en serait de même des faits pour lesquels on est obligé de rester plus ou moins longtemps dans le doute en déclarant que l'on *craint* l'existence de la paralysie générale sans pouvoir l'affirmer. Dans tous ces cas, on ne pourrait plus voir que des folies paralytiques à leur début, et, quand la guérison aurait lieu, on n'aurait point à se demander s'il s'agissait d'une paralysie générale vraie ou d'une pseudo-paralysie générale.

En résumé, la plupart des auteurs regardent la paralysie générale comme incurable. Quelques-uns même nient d'une manière absolue la possibilité de la guérison. Cette opinion me semble entraîner comme conséquence, si on

veut expliquer l'observation de M. Tuczek et toutes celles qui lui ressemblent, de faire admettre :

1° Qu'on a jusqu'ici confondu, sous la dénomination de paralysie générale, deux maladies distinctes ;

2° Qu'il existe, en dehors de la paralysie générale, une espèce spéciale de folie caractérisée par le délire des grandeurs diffus et incohérent, l'hésitation de la parole, l'inégalité des pupilles, etc., c'est-à-dire par tous les symptômes classiques assignés jusqu'ici aux premières périodes de la forme vésanique de la paralysie générale ;

3° Que cette espèce de folie, séparée de la paralysie générale, ne peut, d'autre part, être réunie aux folies simples, et que, par conséquent, on doit lui assigner une place à part dans le cadre nosologique.

Il ne semble pas, étant admise l'incurabilité de la paralysie générale, qu'il puisse y avoir sur ces trois points aucune dissidence. Il existe, au contraire, sur les rapports de la pseudo-folie paralytique et de la paralysie générale deux opinions très différentes.

D'après la première opinion, on continue à admettre une forme vésanique de la paralysie générale caractérisée par le délire des grandeurs, le délire hypochondriaque, l'hésitation de la parole, l'inégalité des pupilles, etc., c'est-à-dire ayant les mêmes symptômes que la folie spéciale qu'on a séparée de la paralysie générale et à laquelle on a donné, pour cette raison, la dénomination de pseudo-paralytique.

Or, cette opinion soulève de graves objections.

1° Elle rend inévitables, comme dans l'observation de Tuczek, des erreurs de diagnostic qui ne peuvent être reconnues qu'après la terminaison de la maladie.

2° Dans d'autres cas, plus nombreux, elle force de suspendre le diagnostic et de rester dans le doute pendant

toute la durée de l'accès, ou au moins jusqu'à la constatation certaine des symptômes de démence et de paralysie.

3° On arrive, en outre, ainsi à faire classer dans le cadre nosologique, à côté l'une de l'autre et comme distinctes, deux maladies ayant non seulement les mêmes symptômes, mais très souvent la même terminaison : conséquence qui paraît difficilement acceptable.

L'observation de M. Tuczek et tous les cas de guérison publiés jusqu'ici ne me paraissent donc pas pouvoir être expliqués par des erreurs de diagnostic, et il me semble que la théorie des pseudo-folies paralytiques, des folies avec syndrome paralytique, apporte dans cette question des éléments de confusion.

D'après la seconde opinion, celle que j'ai soutenue, il y aurait lieu aussi de séparer de la paralysie générale une espèce spéciale de folie, que j'ai proposé de désigner sous la dénomination de *folie paralytique*, en me fondant sur les cas nombreux dans lesquels elle précède ou complique la paralysie générale.

Sur ce point, à part la question de dénomination, les deux opinions sont d'accord; mais elles diffèrent essentiellement par ce fait que la folie paralytique comprendrait toutes les formes vésaniques de la paralysie générale, et que, par conséquent, il n'y aurait plus lieu d'admettre une *pseudo-folie paralytique*. Il ne resterait donc qu'une seule espèce de folie paralytique, toujours de même nature, et qui tantôt précéderait et tantôt compliquerait la démence paralytique, c'est-à-dire la paralysie générale réduite aux seuls symptômes que tout le monde s'accorde à regarder comme essentiels : la démence et la paralysie.

Ainsi disparaîtrait l'objection relative aux erreurs inévitables de diagnostic, et on ne serait plus conduit à classer

dans le cadre nosologique, et comme distinctes, deux maladies ayant les mêmes symptômes et très souvent la même terminaison.

Nota. — Je dois rappeler l'opinion émise par un certain nombre d'auteurs qui n'ont voulu voir dans les guérisons temporaires de la paralysie générale que de simples rémissions.

Ces auteurs exigeraient, pour que la guérison pût être considérée comme telle, qu'elle eût au moins duré plusieurs années. On supposerait que des lésions de la péri-encéphalite chronique plus ou moins limitées pourraient persister à l'état latent, et, quand la maladie reparaîtrait, au lieu d'une récidive on ne voudrait voir qu'une simple rechute. M. Calmeil a depuis longtemps tranché cette question.

Un malade atteint de paralysie générale était sorti de Charenton après un accès de six mois. Son intelligence était intacte et il avait pu reprendre toutes ses affaires. La guérison ne fut pas de longue durée et, à la suite d'une congestion cérébrale, ce malade fut ramené à l'asile dans un état de démence paralytique.

M. Calmeil considère que, dans ce cas, il y a eu réellement *guérison d'une première attaque de péri-encéphalite* et que le malade a eu ensuite une véritable récidive.

M. Tuczek, à propos de la question des rémissions, dit, en parlant du malade observé par lui, « que, s'il survenait une récidive, rien n'autoriserait à voir, dans ce cas, une continuité de la première attaque. » La seconde attaque devrait, à son avis, être considérée comme une *seconde maladie*.

Quelle que soit la durée de la guérison, la question, en effet, est de savoir si tous les symptômes psychiques et somatiques ont ou non disparu.

Dans le premier mémoire que j'ai publié sur les rémissions, en 1855, j'ai cru pouvoir établir qu'elles étaient caractérisées par la cessation du délire et la persistance de la démence, et, depuis lors, cette opinion me semble avoir été complètement confirmée par l'observation clinique. « On est généralement d'accord, dit M. Christian, sur la signification des rémissions; elles sont caractérisées surtout par la *disparition du délire;* ce qui persiste, c'est l'affaiblissement intellectuel, la *démence* seule ou avec quelques troubles de la motilité (1). »

Il paraît donc qu'il y a lieu de maintenir la distinction entre les rémissions et les guérisons temporaires, quelle que soit d'ailleurs leur durée.

En admettant la persistance d'une partie des lésions à l'état latent quand tous les symptômes ont disparu, on fait d'ailleurs une pure hypothèse; on sait combien le malade qui a une première congestion cérébrale est exposé à en avoir une seconde. Les liens étroits qui unissent la congestion cérébrale à la paralysie générale expliquent donc très bien la fréquence des récidives chez les malades guéris.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1884, t. IX, p. 371.

VI

DU

DÉLIRE AMBITIEUX

DANS

LES AFFECTIONS ORGANIQUES LOCALES DU CERVEAU ET LES MALADIES DE LA MOELLE

1881

M. Colin, professeur au Val-de-Grâce, a publié en 1870 une courte note sur « la paralysie générale des aliénés, consécutive à des lésions locales du cerveau, spécialement à l'hémorrhagie cérébrale (1) ».

L'auteur, dans l'espace de quelques mois à peine, avait vu se succéder dans son service trois hémiplégiques chez lesquels s'étaient développés les symptômes de la paralysie générale au début. Chez l'un des malades, les conceptions délirantes étaient de nature hypochondriaque; les deux autres avaient le délire ambitieux qu'on observe si souvent au début et dans le cours de la paralysie générale. La note ne contient qu'une seule observation, qui n'est point accompagnée d'autopsie (2).

(1) *Gazette hebdomadaire*, nº 33, p. 520.

(2) Ce malade fut conduit du Val-de-Grâce à Charenton, et l'observation a été continuée par M. Foville. Nous rappellerons plus loin ce fait qui offre un grand intérêt.

M. Colin rappelle, à l'occasion de ces trois faits, le passage suivant de l'ouvrage de Marcé :

« Une lésion antérieure du cerveau, comme l'apoplexie « ou le ramollissement, peut devenir le point de départ « d'une paralysie générale; la lésion, d'abord circonscrite « aux centres nerveux, s'étend consécutivement à la couche « corticale, et, sur une hémiplégie incomplète de date an« cienne, viennent s'implanter tous les symptômes de la folie « paralytique; dans ces cas, en même temps que la cicatrice « centrale, on trouve à l'autopsie le ramollissement de la « couche corticale avec adhérence aux méninges (1). »

Marcé aurait pu ajouter qu'outre l'apoplexie et le ramollissement, on voit encore la paralysie générale succéder à des tumeurs au cerveau de diverses natures.

Ces paralysies générales secondaires sont moins rares encore chez les malades atteints de maladies de la moelle et en particulier d'ataxie locomotrice.

Il est bien vrai, comme l'a dit Marcé, que, dans tous ces cas on trouve à l'autopsie, outre les lésions locales qui ont précédé la paralysie générale, les lésions ordinaires de cette maladie : opacité et épaississement des membranes, adhérences à la couche corticale et ramollissement de cette couche. Cependant, à coté de ces péri-encéphalites secondaires, il y a un ordre de faits qui me paraît mériter d'être étudié séparément.

Il arrive quelquefois, chez les malades atteints de lésions locales du cerveau ou de maladies de la moelle, que le délire des grandeurs avec les caractères qu'il offre dans les paralysies générales primitives peut durer plusieurs mois, une année et même plus, sans qu'on trouve à l'autopsie les lésions de la péri-encéphalite chronique. Ce délire ambitieux,

(1) J'ai publié, dans les *Archives cliniques* (t. I, p. 472), une observation de ce genre.

précédé quelquefois de congestions cérébrales, accompagné de lésions des mouvements dues aux altérations locales du cerveau ou aux maladies de la moelle, fait croire tantôt simplement au début d'une paralysie générale, tantôt à l'existence d'une paralysie générale confirmée, et on est tout étonné de voir ce diagnostic démenti par l'autopsie.

Ces faits soulèvent des questions de physiologie pathologique intéressantes, et j'ai cru utile d'en réunir ici quelques-uns dont je me bornerai, d'ailleurs, à reproduire les caractères principaux.

Observation I

La femme H..., âgée de soixante ans, était depuis longtemps tourmentée par des céphalalgies assez fortes, lorsque, trois ans avant son entrée à la Salpêtrière, qui eut lieu le 9 juin 1860, elle perdit tout à coup connaissance; elle conserva de cette attaque une paralysie du côté gauche de la face, paralysie qui cependant se dissipa peu à peu dans l'espace d'un mois.

Deux ans plus tard, deuxième attaque semblable, portant également sur le côté gauche; les accidents sont complètement dissipés après quinze jours. Depuis ces attaques et dans leur intervalle, la parole est restée libre, mais on a remarqué que la malade avait un peu plus d'excitation et qu'elle était plus difficile à vivre.

Il y a trois mois, nouvelle attaque de paralysie beaucoup plus forte que les précédentes. La femme H... tombe dans la rue; on la rapporte chez elle sans connaissance et avec hémiplégie gauche. A la suite de cette attaque, éclate le délire ambitieux accompagné d'agitation. La malade est dominée par des idées de grandeur; elle se croit riche et prétend appartenir à la famille impériale; en même temps,

on constate l'affaiblissement de l'intelligence. La parole est embarrassée ; mais, peu à peu, elle redevient libre et on voit aussi l'hémiplégie se dissiper.

C'est alors que la malade est amenée à la Salpêtrière.

Vingt jours après son entrée, quatrième attaque portant encore sur le côté gauche. Quelques jours après, la parole était redevenue libre, mais l'hémiplégie ne s'était pas dissipée. Les idées de grandeur persistent. La malade prétend que toutes les marchandises de Paris lui appartiennent; elle a un très beau mobilier et attend un grand héritage de sa famille. D'ailleurs, excitation, loquacité, incohérence.

Le 31 juillet 1860, cette femme devient subitement aveugle, elle ne répond plus aux questions qu'on lui fait, ou se borne à répéter ces questions. Au bout de vingt-quatre heures, les accidents disparaissent et la vue se rétablit.

Le 6 septembre, perte de connaissance, mouvements convulsifs suivis d'un état comateux. Le 7, les attaques convulsives se reproduisent à plusieurs reprises. La malade meurt le troisième jour.

Autopsie. — La face interne de la dure-mère est tapissée d'une fausse membrane mince et tachée de sang. L'arachnoïde sur les deux hémisphères est *mince* et *sans aucune trace d'opacité*. La pie-mère sur l'hémisphère gauche offre quelques grosses veines gorgées de sang ; *elle s'enlève partout très facilement* et *il n'y a aucune trace d'adhérences*.

Sur l'hémisphère droit, il n'y a point de traces de congestion et les membranes s'enlèvent aussi partout très facilement, excepté en un point, sur lequel existe une adhérence très limitée, mais qui ne ressemble en rien à celles que l'on observe dans la paralysie générale : ce point a été autrefois le siège d'une petite hémorrhagie.

Dans l'hémisphère gauche, on trouve une hémorrhagie

récente qui pénètre jusque dans le ventricule : le caillot pèse 35 grammes.

L'hémisphère droit contient trois anciennes cavités hémorrhagiques, toutes situées dans le lobe moyen en arrière de la scissure de Sylvius.

Les autres viscères ne sont pas examinés.

Observation II (1)

M. George, instituteur, âgé de quarante-six ans, d'un tempérament sanguin, a toujours été vif et disposé à la colère.

Depuis près de onze ans, il se plaignait, presque tous les mois, de douleurs qui, partant des articulations tibio-tarsiennes, s'élevaient dans les jambes et s'arrêtaient aux cuisses.

A quarante-quatre ans, au moment de se mettre dans un bain, il se sentit dans l'impossibilité d'articuler un seul mot. Peu d'instants après, il tomba, dans la rue, frappé d'une attaque d'apoplexie.

Impossibilité de parler, *hémiplégie droite*. L'intelligence semble abolie. Au bout de trois mois, possibilité de prononcer, tant bien que mal, un certain nombre de mots; peu à peu, l'exercice intellectuel se rétablit et, après six mois, M. G... entreprend de donner de nouveau des leçons à ses écoliers. L'hémiplégie persiste toujours d'une manière très marquée.

Deux ans après cette première attaque, nouveau coup de sang. Le malade revient à lui presque immédiatement. Seule, la gêne de la prononciation a augmenté.

Quelques heures après, le malade est en proie à une vio-

(1) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, t. II, p. 614.

lente exaltation qui se manifeste par des cris, par des chants, par l'exubérance des idées qui sont, en général, déraisonnables et qui *roulent principalement sur des sujets ambitieux*. Il se *trouve au comble de la joie* et *n'a plus, dit-il, aucun désir à former.*

Ce délire durait depuis *six mois,* lorsque le malade tomba frappé d'une troisième attaque d'apoplexie. La mort survint avant la fin de la journée.

Autopsie. — La dure-mère est saine, l'*arachnoïde* ne *s'éloigne point de l'état normal; la pie-mère n'est ni rouge, ni épaisse.*

On note un aspect pointillé tenant à un excès d'injection dans les différentes couches de la substance grise corticale qui correspond à la région supérieure de chaque lobe antérieur du cerveau.

L'examen des deux hémisphères cérébraux fait découvrir trois espaces tapissés de membranes celluleuses : l'un est situé dans l'hémisphère gauche, entre la couche optique et le corps strié ; il est assez large pour loger une noix ; les deux autres sont en arrière, à droite et à gauche, dans l'épaisseur de chaque lobule cérébral postérieur. Ces espaces, primitivement caverneux, sont presque oblitérés.

La cloison transparente ramollie est complètement diffluente.

La pie-mère cérébelleuse, les deux substances du cervelet sont rouges, injectées.

Il n'est pas besoin de faire remarquer que M. Calmeil ne signale aucune trace d'adhérences. Comme on vient de le voir, d'ailleurs, les membranes étaient saines et la couche corticale nullement ramollie.

OBSERVATION III (1)

M. L..., officier, âgé de trente-sept ans, eut, en décembre 1869, une première attaque de congestion et une seconde au milieu du mois de *janvier* 1870. A la suite de cette seconde attaque, hémiplégie gauche. Le malade, placé au Val-de-Grâce, offre « les phénomènes caractéristiques de la démence paralytique » ; idées de grandeur encore limitées, mais très caractérisées ; le malade veut orner le jardin de quelques monuments : chapelle, salle de bal, restaurant ; il a un sentiment exagéré de sa force physique. Retiré de l'hôpital par sa famille, il commet des actes obscènes et le délire ambitieux s'accentue. Le malade se croit très riche, il veut faire bâtir une église, donner des sommes considérables pour cette œuvre et pour d'autres. Il entre à Charenton le 10 *juillet* 1870.

M. L... se montre très excité ; il marche sans cesse, parle de ses vues grandioses ; il est très riche, une voiture l'attend constamment, cette voiture lui coûte 200 francs par jour. A certains moments, embarras de parole.

Les progrès de la démence furent très rapides et, dès le 15 *août*, l'intelligence, dit M. Foville, fut tout à fait hébétée.

Le malade mourut le 1er *novembre* 1870.

Le délire des grandeurs avec signes de démence avait duré sept ou huit mois ; il avait été remplacé par une démence complète, et la maladie avait duré dix mois.

M. Foville s'attendait à trouver, outre une lésion locale, les lésions ordinaires de la péri-encéphalite chronique. Or, le cerveau, examiné avec soin, ne présentait aucune des altérations de la folie paralytique.

(1) Foville, *Annales méd.-psych.*, 1879, p. 363.

« Les méninges sont *claires et minces*; il n'y a ni *opacité*, « ni *épaississement;* pas d'injection marquée, ni d'ecchy- « moses. *Partout, elles s'enlèvent facilement*, se séparant « sans aucune résistance de la substance corticale à la- « quelle elles ne tiennent par aucune adhérence, sauf sur « un point limité dont nous allons parler (1). La surface « des circonvolutions est *saine*, plutôt pâle que rouge, « *d'une consistance uniformément normale;* aucune trace « d'ulcération superficielle; en raclant avec un scalpel, on « ne détache pas de pellicule, aucun ramollissement gra- « nuleux de la couche moyenne de la substance grise. »

Des faits semblables à ceux que je viens de rappeler s'observent dans les maladies de la moelle. Je citerai d'abord celui qui m'a paru le plus remarquable; il a été publié par M. Renault du Motey, dans les *Archives cliniques* (2).

Observation IV

M. X..., capitaine, âgé de quarante-neuf ans, avait eu, deux ou trois ans avant son entrée à l'asile de Maréville, plusieurs attaques d'apoplexie suivies d'une hémiplégie, laquelle s'était peu à peu dissipée, ne laissant des traces qu'à la face. Plus tard, il fut atteint d'une paraplégie qui persista. C'est dans ces conditions qu'éclata chez lui un délire des grandeurs tout à fait exubérant, accompagné d'un léger embarras de parole. Le malade forme les projets les plus gigantesques, il a hérité de treize millions en doublons d'Espagne, il est le surveillant de l'empereur et appelé à rendre à l'État les plus grands services; il se croit,

(1) Cette adhérence n'avait rien de commun avec celles que l'on rencontre dans la paralysie générale.

(2) *Archives cliniques des maladies mentales*, t. 1, p. 385.

d'ailleurs, très robuste et prétend n'avoir jamais été mieux portant.

Il succomba au bout de treize mois, après avoir passé par les divers degrés de la démence paralytique.

M. Renault du Motey s'attendait à trouver à l'autopsie les lésions propres à la péri-encéphalite chronique et peut-être les traces d'une ancienne hémorrhagie cérébrale. A son grand étonnement, il dut reconnaître que rien de tout cela n'existait et il n'eut à constater que l'existence d'un ramollissement de la moelle épinière. *L'arachnoïde était transparente, parfaitement saine;* la pie-mère était injectée. *Les méninges n'avaient contracté d'adhérence dans aucun point des hémisphères cérébraux.* La trame de la pie-mère, libre partout, se séparait avec la plus grande facilité des circonvolutions et des anfractuosités dont la surface restait lisse, polie, d'une couleur normale. Il en était de même du cervelet. Les substances grise et blanche du cerveau étaient légèrement injectées, mais *leur cohésion était normale* et elles ne pouvaient être séparées l'une de l'autre.

L'examen de la moelle fit découvrir un ramollissement qui occupait le tiers inférieur et une partie du tiers moyen.

Observation V (1)

Homme de quarante-cinq ans, ayant fait des excès alcooliques. Symptômes d'ataxie remontant à quatre années. A la suite de deux accès de vertige, changement de caractère, irritabilité, violences, idées érotiques. Le délire ambitieux éclate et grandit chaque jour. Le malade se trouve parfaitement heureux, il est plein de talents, fait les projets les plus grandioses pour le baptême de son enfant, il

(1) Observation publiée par Westphal.

convoquera pour cette solennité tous les banquiers et tous les princes. Il a, dit-il, tant d'idées que la circonférence de sa tête s'étend. Il est le plus grand homme d'État, le plus grand musicien, il a des voitures chargées d'or, il va épouser la princesse Victoria, etc.

Pendant son séjour à l'asile, accès épileptiforme ; pas d'hésitation de la parole, mais parfois le malade s'arrête comme si la pensée lui manquait. Cet homme devient malpropre et maigrit malgré un appétit extraordinaire et des repas abondants. Très peu de sommeil, diarrhée, selles involontaires. On était souvent obligé de le tenir attaché sur un fauteuil avec la camisole de force ; signes très tranchés de démence.

Le malade, entré le 5 avril 1858 à la clinique, fut passé, le 29 août, aux incurables, et il ne mourut qu'en novembre 1861. Quatre années s'étaient écoulées, par conséquent, depuis l'invasion du délire.

Les résultats de l'autopsie furent les suivants :

La pie-mère, un peu épaissie, est *partout facile à détacher de la couche corticale, qui est pâle et de consistance normale*. Ventricules latéraux très dilatés et pleins de sérosité. L'épendyme est modérément épaissie. Parties centrales du cerveau un peu moins consistantes que dans l'état normal.

A la moelle, lésions ordinaires de l'ataxie locomotrice.

Le Dr Plaxton a publié deux observations sous le titre suivant :

Deux cas d'ataxie locomotrice avec symptômes psychiques simulant ceux de la paralysie générale. Je ne cite ici que la première, la seconde ne me paraissant pas suffisamment probante pour la démonstration du fait qui est l'objet de ce travail.

Observation VI

Un sculpteur, âgé de quarante-sept ans, ataxique depuis neuf ans, n'ayant jamais fait d'excès, devient complètement inhabile dans son travail et se croit aussi capable qu'autrefois. En outre, tendances érotiques dont il n'avait jamais donné le moindre signe; inconvenances envers les femmes: essaie de séduire sa nièce et s'étonne des remontrances qu'on lui fait, ne paraissant avoir nulle conscience de ses actes. Il était devenu négligent et malpropre dans sa tenue.

A son entrée à l'asile, le 3 novembre 1875, il n'avait pas de délire ambitieux, mais les idées de grandeur ne tardèrent pas à apparaître.

Le malade prétend avoir de grandes richesses et un pouvoir supérieur à celui du génie de la lampe d'Aladin.

Après un certain temps, il devint relativement raisonnable et reconnut l'absurdité de ses idées, mais bientôt l'état antérieur reparut.

Sous l'influence de ses troubles intellectuels, il essayait de fixer les produits fantastiques de son imagination: palais de marbre ornés de sculptures et de peintures, grands temples des arts, etc.

Il avait encore ses tendances érotiques. Durant son séjour à l'asile, on observa chez lui plusieurs alternatives d'exaltation et de retour à la raison.

Au commencement d'octobre 1877, l'ataxie n'avait pas beaucoup progressé, mais à cette époque les symptômes s'aggravèrent. En outre, le malade eut des conceptions délirantes de nature hypochondriaque: il prétendait que ses jambes étaient remplies de vents et d'ordures; crainte d'empoisonnement, refus d'aliments. Agitation, terreurs continuelles, insomnie, douleurs extrêmement vives.

Tout à coup, paralysie complète des jambes et des bras, impossibilité d'articuler aucun mot. La mort eut lieu le 26 décembre 1877.

L'ataxie avait duré onze ans et le délire deux années. Le malade avait eu du délire ambitieux et, à la fin, du délire mélancolique et hypochondriaque. Le Dr Plaxton ne signale point d'embarras de parole, mais il cite avec raison cette observation comme un exemple des troubles psychiques simulant ceux de la paralysie générale.

Voici les résultats de l'autopsie :

Un peu d'atrophie des circonvolutions frontales et pariétales. La pie-mère qui les recouvre est légèrement épaissie, mais ne présente *aucune trace d'adhérence avec la substance corticale sous-jacente*. Le cerveau, dans son ensemble, est plus consistant qu'à l'ordinaire. *Ni la substance corticale, ni la substance blanche n'offrent rien d'anormal* à l'œil nu, mais partout les artérioles sont plus apparentes. L'examen microscopique fit découvrir les lésions ordinaires de l'ataxie locomotrice dans toute l'étendue de la moelle, mais d'une façon beaucoup plus prononcée dans la région lombaire.

Les six observations que je viens de citer pourraient être envisagées de deux manières différentes.

Il serait possible de les considérer comme des cas de paralysie générale encore à la première période. On rappellerait, à l'appui de cette opinion, que, dans d'autres cas semblables, l'autopsie a fait découvrir les lésions ordinaires de la péri-encéphalite chronique. Il semblerait donc que les mêmes lésions auraient pu se produire si les malades avaient vécu plus longtemps.

Quand la mort survient dans les premiers mois qui suivent l'invasion du délire des grandeurs, cette opinion est, en réalité, très soutenable; mais elle devient plus difficile à

défendre si le délire ambitieux a persisté six mois, un an ou plus. Cependant, même dans ces cas, on pourrait rappeler les anomalies si fréquentes dans la marche de la paralysie générale et les faits dans lesquels le délire des grandeurs a duré plusieurs années avant l'apparition des symptômes de paralysie. Bayle, entre autres, a cité un fait de ce genre très remarquable.

Je dois dire cependant que les auteurs des observations qui précèdent n'ont point soulevé cette question.

Les malades ont succombé aux suites d'anciennes hémorrhagies cérébrales, à des encéphalites locales, à des tumeurs de nature syphilitique, à des maladies de la moelle; on n'a constaté, à l'autopsie, aucune trace de péri-encéphalite chronique et, malgré l'existence du délire des grandeurs, on s'est borné à admettre ce que démontrait l'autopsie, sans faire une supposition qui pouvait paraître purement hypothétique.

M. Calmeil, dans les réflexions assez longues qui suivent son observation, ne fait aucune allusion à l'existence, dans ce cas, d'une péri-encéphalite chronique. Le malade, pour lui, a eu trois attaques d'*encéphalite locale :* la première, dit-il, avait entraîné « une sorte d'impuissance momentanée « des facultés de l'intelligence; la seconde avait été suivie « d'une véritable aliénation mentale, avec *prédominance « d'idées ambitieuses;* la troisième avait donné lieu à des « alternatives de somnolence et d'exaltation ».

Rappelons que cette aliénation mentale *avec prédominance d'idées ambitieuses,* dont parle M. Calmeil, *avait duré six mois.*

M. Renault du Motey a donné à l'observation que j'ai analysée plus haut le titre suivant, qui suffit pour faire connaître la manière dont il l'a envisagée : « Paralysie gé- « nérale simulée par une démence incomplète avec délire

« ambitieux et paralysies multiples. Absence des lésions « caractéristiques de la paralysie générale. Ramollisse- « ment de la moelle épinière. »

Quant à M. Foville, il avait, comme M. Renault du Motey, cru à l'existence d'une paralysie générale ; mais il a reconnu, après l'autopsie, qu'il avait commis une erreur. Il fait remarquer plus loin « que la dénomination de pseudo- « paralysies générales s'appliquerait beaucoup mieux à ces « cas qu'à ceux pour lesquels M. Fournier l'a proposée ».

Quelle que soit la manière dont on envisage les faits que j'ai cités, il n'en reste pas moins démontré que, dans certains cas, le délire ambitieux généralisé peut persister six mois, une année et même plus, sans qu'on découvre, après la mort, les lésions propres à la péri-encéphalite chronique.

M. Foville s'est nettement prononcé sur ce point pour le fait observé par lui.

« Du reste, dit-il, que le cas de M. L... ait ou non des « analogues antérieurement publiés, il n'en existe pas « moins ce fait, qui pour moi est établi sans doute possible: « pendant une période de plusieurs mois, l'état mental de « ce malade a été une démence avec prédominance d'un « délire des grandeurs mobile, absurde, incohérent, état « mental qui est exactement celui d'un grand nombre d'a- « liénés paralytiques; et cependant, à l'autopsie, on a pu « constater l'absence des lésions anatomiques propres à « cette affection. Qu'en conclure? sinon que l'existence de « ces symptômes intellectuels n'est pas fatalement subor- « donnée à celle de ces lésions (1).

(1) M. Foville (observation III) n'assigne ici qu'une durée de quelques mois au délire absurde, mobile et contradictoire qu'a présenté le malade, ce qui est parfaitement exact; mais il importe de faire remarquer que ce délire n'était, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, que le dernier degré d'évolution des idées de grandeur. Le malade, en effet, n'a succombé que sept à huit mois après l'invasion du délire.

Dans tous les cas cités, le délire ambitieux généralisé ne pouvant être attribué à la péri-encéphalite chronique, il reste à en chercher l'explication.

Les lésions locales du cerveau ou les maladies de la moelle qui avaient précédé l'invasion du délire n'ont pu en être que la cause indirecte ; elles ont provoqué une irritation et probablement des mouvements fluxionnaires qui ont eu pour conséquence une perturbation des éléments nerveux dont le délire a été l'expression.

Il importe, d'ailleurs, de rappeler, à l'appui de cette opinion, que les lésions locales du cerveau provoquent assez souvent un délire d'une nature toute différente. C'est un point sur lequel M. Calmeil a insisté.

« La coïncidence d'un délire très actif, d'un véritable état « d'aliénation mentale avec la formation d'une encéphalite « locale chronique, est, dit-il, bien plus fréquente qu'on ne « le pense généralement. Par une singularité qui contraste « avec ce qu'on observe si souvent dans les manifestations « du délire ambitieux des individus atteints de péri-encé- « phalite chronique superficielle et diffuse, presque tous « les sujets affectés d'encéphalites interstitielles sont en « proie à des idées de découragement et de tristesse. A la « manière des hypochondriaques, ils sont sans cesse re- « pliés sur eux-mêmes, analysant toutes leurs sensations « les plus intimes et attribuant souvent à des influences « extérieures toutes les tortures qu'ils endurent. »

Plus loin, M. Calmeil ajoute :

« Ce caractère de délire est tellement significatif à nos « yeux que nous n'hésitons presque jamais, lorsqu'il se « trouve réuni, chez une personne qui a dépassé soixante « ans, à l'embarras de la parole et à quelques symptômes « déjà anciens de paralysie locale, à diagnostiquer l'exis- « tence d'un foyer d'encéphalite interstitielle chronique.

« On ne peut donc point douter, d'après ce qu'on vient « de lire, qu'un certain nombre de cas de folie avec pré- « dominance des conceptions et des idées sinistres ne « soient la conséquence d'un état inflammatoire habituel « et partiel du cerveau (1). »

Les encéphalites locales peuvent donc provoquer des délires de nature très différente, mais elles n'en sont évidemment que la cause indirecte.

Le délire, quelle que soit sa forme, constitue, dans tous ces cas, une véritable complication.

Trousseau professait que toutes les convulsions épileptiformes, bien que tenant à des causes éloignées très diverses, sont, suivant toute apparence, l'expression de la même modalité intime, et il ajoutait que cette modalité est et restera très probablement toujours inconnue.

On ne peut, ce me semble, que répéter pour le délire ce que Trousseau disait pour les accès convulsifs épileptiformes.

Comme ces accès, en effet, il a des causes éloignées très différentes; mais on est obligé d'avouer qu'on ne sait rien quant à sa cause directe.

Il y a cependant, pour le délire ambitieux en particulier, un fait irrécusable et d'une très grande importance : c'est le rapport étroit qui le lie à la congestion cérébrale. Ce fait explique comment les idées de grandeur sont si souvent accompagnées de symptômes somatiques. Chaque jour, en effet, on voit éclater tout à coup le délire ambitieux immédiatement après une congestion cérébrale ; cette invasion brusque a même lieu quelquefois en dehors de la paralysie générale. C'est ainsi qu'on l'observe d'une manière passagère à la suite d'une attaque d'épilepsie, sous l'influence

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859, t. II, p. 240.

d'une intoxication alcoolique, ou bien chez les vieillards menacés d'apoplexie ou de ramollissement. On comprend donc que M. Foville, n'ayant constaté, à l'autopsie du malade observé par lui, aucune des lésions de la péri-encéphalite chronique, ait cru pouvoir expliquer le délire par un état de congestion. Il l'attribue, en effet, « à de simples trou-« bles de la circulation, de nature congestive, état mobile « et passager, si l'on veut, mais qui, dit-il, peut faire « naître les idées optimistes et ambitieuses. »

Plus loin, le même auteur ajoute qu'on est ainsi conduit à admettre « que, dans certains cas au moins, les idées de « grandeur incohérentes, mobiles, diffuses, peuvent tenir à « un simple état de congestion de l'encéphale, sans les « lésions propres à la folie paralytique ».

Les faits dont il s'agit ne sont, il est vrai, considérés ici que comme des exceptions, mais ils n'en ont pas moins un grand intérêt pour la pathogénie de la paralysie générale.

Ils peuvent, en effet, servir à éclairer ce qu'on appelle les *rémissions*, qui constituent désormais l'un des chapitres les plus curieux et, à mon avis, les plus importants de la paralysie générale.

On sait que, bien souvent, les accès de manie ambitieuse, qui éclatent au début de la paralysie générale, guérissent exactement comme guérissent les accès de manie simple. Après une période décroissante, le malade revient peu à peu à la raison ; mais, dans la très grande majorité des cas, on reconnaît que le niveau intellectuel a légèrement baissé et que la guérison ne porte que sur l'accès de délire maniaque. La maladie principale, c'est-à-dire la *démence paralytique*, après six mois, une année, reprendra son cours.

Combien il est difficile de comprendre cette dissociation du délire et de la démence, si les deux ordres de symptômes

sont l'expression du même ordre de lésions ! Quoi de plus simple, au contraire, à expliquer que la guérison isolée de la folie si elle n'est ici qu'une complication, si les lésions trouvées à l'autopsie n'en sont que la cause indirecte, et si, une fois produite, elle a une existence indépendante (1)?

On sait que Bayle attribuait la paralysie générale à une méningite chronique. Il expliquait le délire ambitieux par l'irritation que l'inflammation de l'arachnoïde communiquait à la couche corticale. Si telle était la cause du délire des grandeurs, ce délire, on le comprend, devrait durer autant que la méningite elle-même, et persister jusqu'au moment où il est remplacé par un état complet de démence provoqué lui-même par les lésions graves de la couche corticale. Cependant, comme je viens de le dire, il en est souvent autrement. Le délire cesse, mais le malade conserve des signes de démence et de paralysie. Ce fait n'avait point échappé à Esquirol, et il s'en est servi pour combattre l'explication de Bayle. Il citait, à cet égard, l'observation suivante :

« Un officier de gendarmerie est pris tout à coup d'un « accès de monomanie. Le malade se croit un grand per- « sonnage et puissamment riche ; il se livre à un grand « nombre d'extravagances ; en même temps, il éprouve de « la difficulté pour articuler. Après cinq semaines, la pa- « ralysie persiste et envahit bientôt les muscles des mem- « bres ; le malade éprouve de fréquentes congestions céré- « brales qui provoquent des convulsions épileptiformes, « mais il n'existe plus de délire ; ce militaire juge parfaite- « ment de l'état dans lequel il a été de celui dans lequel « il est encore et pour lequel il réclame les secours de la « médecine. »

Rien de plus précis que le fait rapporté par Esquirol.

Cet aliéné qui, pendant cinq semaines, s'est cru un grand

personnage et puissamment riche, qui, pendant cinq semaines, s'est livré à une foule d'extravagances, ce malade est revenu à la raison, « il juge *parfaitement de l'état dans lequel il a été et de celui dans lequel il est encore et pour lequel il réclame les secours de la médecine.* » Cependant, malgré ce changement si remarquable et si complet, non seulement les symptômes de paralysie persistent, mais ils s'aggravent. Bien qu'Esquirol n'en parle pas, il est probable, sinon certain, qu'avec cette persistance et même cette aggravation des symptômes paralytiques, coexistait un affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué.

Que conclure de ce fait et de tous ceux qui lui ressemblent?

La réponse à cette question me semble s'imposer d'elle-même.

Il y a ici deux ordres de symptômes, tenant à des causes directes différentes.

D'une part, la *démence paralytique*, qu'on voit souvent parcourir toutes ses phases sans être accompagnée de délire et qui laisse après la mort des lésions spécifiques bien définies.

D'autre part, le *délire*, dont la cause directe et la modalité intime sont inconnues, mais qui, une fois produit, a une existence à part et une évolution qui lui est propre.

Voilà, ce me semble, à quoi pouvait conduire la seule observation clinique ; mais les faits que j'ai réunis ici fournissent un argument de plus, et cet argument me semble avoir une assez grande valeur.

S'il est démontré, en effet, par les recherches nécroscopiques, que le délire des grandeurs généralisé peut persister longtemps sans qu'on constate à l'autopsie les altérations ordinaires de la péri-encéphalite chronique.

Si on reconnaît qu'il n'est pas fatalement subordonné à ces altérations et qu'il peut, dans certains cas au moins, comme l'a dit M. Foville, être rapporté à des lésions mobiles et passagères, pourquoi ne pas expliquer de la même manière les accès de délire ambitieux qui éclatent au début de la paralysie générale et que l'on voit si souvent guérir après quelques mois?

Les observations réunies dans ce travail peuvent donc, ainsi que je l'ai dit plus haut, servir à éclairer la question des rémissions et, sous ce rapport, elles m'ont paru avoir quelque intérêt.

VII

DE LA FOLIE

AVEC

PRÉDOMINANCE DU DÉLIRE DES GRANDEURS

DANS SES RAPPORTS AVEC LA PARALYSIE GÉNÉRALE

1866

On sait que, d'après Bayle, la première période de la paralysie générale était constituée par une monomanie ambitieuse. Cette monomanie faisait donc essentiellement partie de la démence paralytique.

Un malade atteint de folie ambitieuse reste trois mois, six mois, plusieurs années, sans offrir de symptômes de paralysie, puis ces symptômes apparaissent; faut-il dire, avec Bayle, que ce malade était paralytique dès le début, que la folie ambitieuse n'était chez lui que la première période de la démence paralytique? ou bien doit-on considérer ici la folie ambitieuse comme une folie simple, qui, après trois mois, six mois ou même plusieurs années, s'est terminée par la paralysie générale, comme elle eût pu se terminer par la démence sans paralysie?

Ces deux manières de voir comptent aujourd'hui des partisans également convaincus.

Beaucoup d'auteurs, on le sait, ne veulent point admettre de paralysies générales *secondaires*, et, par conséquent, soutiennent la doctrine de Bayle.

« Tel malade, disent-ils, était, dès son entrée, affecté de paralysie générale ; puisqu'il l'est maintenant, il ne pouvait alors être atteint d'une autre maladie, la preuve a été faite (1). »

Nous comprenons très bien ces affirmations si nettes des partisans de la doctrine de Bayle. Cette doctrine ne pourrait, en effet, se maintenir, si on reculait devant les conséquences qu'elle entraîne.

Cependant, les partisans de l'opinion d'Esquirol ne manquent pas de faire remarquer que toutes les folies ambitieuses ne se terminent pas par la paralysie générale.

Il est bien facile de dire qu'un malade aurait dû être considéré comme *paralytique* dès l'invasion du délire ambitieux, lorsque ce malade est tombé plus tard dans la démence paralytique ; mais si cette terminaison n'avait pas eu lieu, que serait devenu le diagnostic? Auriez-vous soutenu que cet aliéné, mort avec une folie ambitieuse sans signes de paralysie, était paralytique? De même, s'il y avait eu guérison, admettriez-vous que vous avez eu affaire à une paralysie générale qui n'aurait eu d'autres symptômes que la folie ambitieuse?

A ces objections, les partisans de la doctrine de Bayle font la réponse suivante :

Il y a, disent-ils, deux sortes de folies ambitieuses :

Les unes, qui doivent être considérées comme des folies simples, n'ont, comme celles-ci, aucune tendance à se terminer par la paralysie générale.

Les autres, au contraire, font elles-mêmes essentiellement

(1) Trélat, *Annales médico-psychologiques*, 1865, p. 244.

partie de cette maladie, soit qu'elles précèdent, soit qu'elles accompagnent les symptômes de paralysie.

Cette maladie, en effet, dit-on, n'est pas caractérisée par tel ou tel phénomène en particulier, mais par un ensemble de symptômes. Le délire ambitieux en est un des plus remarquables, et il importe peu qu'il précède ou suive les autres; il n'y a là que des variétés d'évolution qui ne changent rien au fond de la maladie.

On établit d'ailleurs le diagnostic différentiel de ces deux espèces de folies ambitieuses.

Celles qui font partie de la paralysie générale offrent, dit-on, dès le début, des signes plus ou moins appréciables d'affaiblissement intellectuel. Cette démence commençante peut bien parfois être masquée par l'exaltation cérébrale; mais il n'en est pas moins toujours facile de la reconnaître avec certitude, par la facilité avec laquelle les malades se laissent diriger, par la manière dont ils acceptent les raisons qu'on leur donne. C'est ainsi qu'Esquirol raconte qu'il lui est arrivé de porter un pronostic fâcheux sur un malade, par ce seul fait qu'il suffisait de quelques promesses pour le calmer et le faire renoncer à ses projets.

En outre, les conceptions délirantes, dans les folies paralytiques, offrent des caractères spéciaux que M. Jules Falret a résumés en disant qu'elles sont *multiples*, *mobiles*, *non motivées et contradictoires entre elles*.

Rien de pareil, au contraire, n'aurait lieu chez les malades atteints de folie ambitieuse à l'état de simplicité, et qui, par conséquent, ne sont ni menacés ni atteints de paralysie générale. Ces derniers n'offrent aucun signe de démence, et leurs conceptions délirantes ont des caractères tout différents de ceux qui viennent d'être indiqués.

Il y a quelques années, M. le D[r] Broc, aujourd'hui médecin en chef de l'asile de Bailleul, a publié une thèse in-

téressante, dans laquelle il insiste sur le diagnostic différentiel de ces folies ambitieuses, dont les unes font déjà essentiellement partie de la paralysie générale, tandis que les autres n'ont avec cette maladie aucune connexion.

Telle est la doctrine de ceux qui veulent que la paralysie générale soit toujours primitive.

J'avoue que cette doctrine me paraît soulever d'assez graves objections et surtout laisser en dehors d'elle un assez grand nombre de faits qu'elle ne saurait expliquer d'une manière suffisante? Je citerai entre autres les observations suivantes :

Observation I

Sommaire. — Monomanie ambitieuse avec hallucinations de l'ouïe, sans aucun symptôme ni de démence ni de paralysie pendant plus de quatre années. — Le malade prétend être Louis XVII. — Après quatre années, congestion cérébrale et invasion de la démence paralytique.

M. X..., âgé de quarante-quatre ans, était aliéné depuis plusieurs années lorsqu'il fut conduit dans un asile, le 18 octobre 1854, à la suite d'une scène faite dans un café. Le médecin de l'asile, dans le certificat délivré à l'entrée, constate « que ce malade est affecté d'hallucinations multipliées, qu'il se croit fils de Louis XVI et en butte à des intrigues politiques ».

Le délire était survenu à la suite de souffrances physiques et morales endurées par M. X..., qui, en 1852, avait été arrêté et détenu pendant plusieurs mois. Ce délire avait tous les caractères de la monomanie; le malade, d'ailleurs, était resté libre et voyageait depuis plus de deux années. Dans l'asile, il passait ses journées à se promener, il était parfaitement inoffensif, mais il discutait à haute voix avec ses prétendus interlocuteurs, s'emportant contre eux, les menaçant, etc. Il se plaignait des persécutions aux-

quelles il était en butte, et je lui ai souvent entendu dire qu'on lui faisait payer trop cher la destinée à laquelle il se croyait appelé : il avait la crainte d'être empoisonné, et par intervalles il refusait de manger. Parfois aussi, M. X... s'excitait et criait continuellement contre ses persécuteurs. Cependant, même dans ces moments, si on l'abordait, il causait tranquillement quelques instants, mais dès qu'on le quittait, il recommençait ses cris. Sous l'influence d'une alimentation irrégulière, la santé s'altérait. M. X... offrait d'ailleurs des signes bien tranchés d'une affection du cœur.

C'est dans ces conditions qu'il fut frappé d'une congestion cérébrale, le 1er mars 1857. Depuis deux ans et demi que durait l'isolement, le malade n'avait offert aucun signe de paralysie.

La congestion fut d'ailleurs en apparence très légère. Le malade eut une syncope, et, revenu à lui, il resta cinq minutes environ sans pouvoir parler. Depuis lors, il conserva de l'embarras dans la prononciation. Chose bien curieuse, M. X..., qui tout en se disant fils de Louis XVI, n'avait jamais exagéré sa fortune (six à huit mille francs de rente), se mit, dès ce moment, à parler de millions et de milliards. A ces idées de richesse, se mêlèrent des projets d'entreprises de grandes bâtisses, etc. L'intelligence s'affaiblit et M. X... devint tout à fait incohérent. Il succomba environ une année après sa congestion cérébrale, atteint d'une paralysie générale bien caractérisée; mais la mort dut surtout être attribuée au progrès de l'affection organique du cœur.

Pendant les deux années que j'ai pu observer cet halluciné, je n'avais jamais soupçonné qu'il dût devenir paralytique. Son délire était des plus restreints et n'avait jamais varié. Il n'y avait donc point ici les caractères qu'on a assignés au délire de la paralysie générale. Ce délire présen-

tait d'ailleurs une particularité remarquable. Ce n'était pas précisément M. X... qui prétendait être Louis XVII; c'était *les voix* qui le lui répétaient sans cesse. Bien des fois, fatigué par ses interlocuteurs invisibles, il nous disait que sa modeste fortune lui suffisait. « Qu'on me mette, ajoutait-il, en possession du trône, ou qu'on me laisse tranquille. »

On a vu que, dès le lendemain de sa congestion cérébrale, ce malade prétendait avoir des centaines de millions, oubliant que, jusque-là, il ne s'était jamais attribué plus de 8,000 francs de rente; c'est un fait à remarquer au point de vue des rapports du délire ambitieux et de l'état congestif.

La monomanie ambitieuse si limitée de M. X... devait-elle, dès l'origine et pendant quatre années, être regardée comme la première période d'une paralysie générale, ou bien faut-il admettre qu'il s'agit bien ici d'une folie simple terminée par une démence paralytique?

Les deux observations suivantes, empruntées à Bayle et à M. Calmeil, vont démontrer que la réponse à cette question peut être fort différente, selon qu'on adopte l'une ou l'autre des deux doctrines qui divisent aujourd'hui les médecins aliénistes.

Observation II

Sommaire. — Folie ambitieuse, sans aucun signe de paralysie pendant plus de sept ans; alors, invasion lente de la paralysie générale. — La folie ambitieuse, qui avait duré sept années sans qu'il existât de signes de paralysie, est considérée par Bayle comme ayant constitué la première période de la paralysie générale.

M. Alexandre-Marie Q..., ancien contrôleur des contributions, âgé de cinquante-cinq ans, fut conduit à l'hospice de Charenton, le 24 mai 1810. On ne put obtenir des renseignements précis sur son état antérieur. On apprit

seulement que le malade était d'un caractère ambitieux et orgueilleux, qu'il donnait depuis longtemps des marques d'aliénation, et qu'il avait dépensé une partie de sa fortune à faire imprimer différents écrits qu'il regardait comme des chefs-d'œuvre.

A l'époque de son entrée à Charenton, il était dans un délire ambitieux, avec une exaltation extraordinaire des facultés intellectuelles. Il se croyait un homme très important, un grand personnage, et quelquefois Dieu même. Son imagination était dans une activité continuelle; il faisait des discours, des chansons, des hymnes, des poèmes, etc. Toutes ces productions étaient sans suite; mais on y remarquait souvent des rapprochements très piquants, des idées bizarres et risibles et des citations qui indiquaient une grande mémoire. Le malade était surtout dominé par des idées religieuses; il dessinait ou peignait sur les murs des emblèmes de tous les cultes qu'il confondait ensemble, et y écrivait des vers mystiques auxquels il était tout à fait impossible de rien comprendre. Il parlait beaucoup de tous les objets qui l'occupaient sans cesse, mais surtout des projets gigantesques auxquels il se livrait. Il n'était jamais furieux, et ses idées conservaient toujours une certaine cohérence.

M. Q... resta six ans environ dans cet état; mais plus tard l'exaltation diminua, les facultés s'affaiblirent et les mouvements commencèrent à être moins libres.

En 1817, il tomba dans un état de démence. Ses idées étaient très bornées, sa prononciation et sa démarche étaient embarrassées.

Au commencement de 1815, il répondait lentement et par monosyllabes aux questions qu'on lui faisait; quelquefois il commençait une phrase, mais il s'arrètait bientôt sans pouvoir l'achever; la mémoire était entièrement obli-

térée, il avait oublié tout état antérieur; il ne parlait plus que lorsqu'on l'interrogeait, et ne paraissait dominé par aucune idée, mais il avait l'air du contentement, et disait toujours qu'il allait très bien. Il marchait en traînant les jambes et se soutenait à peine; la prononciation était très gênée et la parole confuse; tous les mouvements étaient lents et difficiles, quelquefois convulsifs; les déjections étaient involontaires (blouse, fauteuil en forme de chaise percée, sur lequel il est attaché). L'appétit était vorace, il y avait beaucoup d'embonpoint.

Cet état augmenta graduellement, et, vers le milieu de l'année, le malade tomba dans une imbécillité complète. Face pleine et stupide, point de réponse aux questions qu'on lui fait; oblitération complète des facultés, impossibilité de marcher et de se soutenir sur les jambes, faim dévorante, embonpoint.

Au commencement de janvier, dévoiement, une eschare au sacrum et deux autres sur le grand trochanter, affaiblissement graduel; le 7 février, mort.

A l'autopsie, on trouva les lésions ordinaires de la paralysie générale (1).

Ce malade, comme on le voit, avait passé plus de six années *conservant une grande mémoire, une imagination très active*, lorsque les symptômes de la démence paralytique se montrèrent graduellement.

Esquirol eût vu certainement ici une folie simple se terminant par la paralysie générale. Mais tel n'est pas l'avis de Bayle. Ces six années de folie, en apparence si simple, ne sont, pour lui, que la première période de la démence paralytique. Il se contente de faire observer, comme si le fait ne pouvait être autrement interprété, que, dans cette observa-

(1) Bayle, *Traité des maladies du cerveau*, 273.

tion, « *la première période, ou période de monomanie, a été très longue.* »

Dans l'observation suivante, la question est envisagée d'une tout autre manière.

OBSERVATION III

SOMMAIRE. — Folie ambitieuse sans aucun signe de démence ni de paralysie pendant trois années; après ces trois années, invasion lente de la démence paralytique. — La folie ambitieuse, qui avait persisté trois années exempte de tout signe de paralysie, est considérée comme une folie simple qui s'est terminée par la paralysie générale.

M. Laurent, âgé de cinquante-cinq ans, demeurant à Paris, employé dans un ministère, a toujours été doué d'un esprit vif, mobile et un peu léger. Il est marié à une femme qui est encore jeune et dont il n'a pas eu d'enfant; son ménage, où il dominait en maître, passait pour être heureux; sa vie était constamment active, et il consacrait aux exercices, à la promenade, à la chasse, aux plaisirs du monde, tous les instants dont il pouvait disposer après son travail.

A cinquante ans, surexcitation intellectuelle qui s'accroît rapidement; M. Laurent ne déraisonne pas, il continue à vaquer à ses occupations de bureau, mais il parle et s'agite beaucoup, ne dort presque plus, passe une partie des jours et des nuits à faire des vers, admire son talent, sa propre faconde, manifeste une assurance et un aplomb qui ne lui sont pas ordinaires; ses amis lui donnent le conseil de se soigner; il n'écoute aucun avis et s'enivre en quelque sorte de son propre enthousiasme.

Au commencement de sa cinquante et unième année, symptômes d'aliénation mentale évidents : M. Laurent se croit fils de Dieu, prince des anges, l'agent et le représentant du Père céleste parmi les humains. Il est ivre de joie

et de béatitude; il se livre aux actions les plus déraisonnables et les plus inconvenantes; il dédaigne maintenant son emploi et ne songe plus aux intérêts de sa famille. Comme il est sans cesse en mouvement et hors de son domicile, on prend le parti de le faire conduire à Charenton.

A cinquante-deux ans, M. Laurent parle avec un feu, une verve incroyables; il croit posséder tous les talents, tous les avantages qu'on a coutume d'envier le plus ici-bas; il est poète, musicien, doué de perfections divines; il chante comme les séraphins, il peut bondir comme une gazelle; il prend des attitudes, des poses, des airs dont on ne saurait peindre l'expression. Ses réparties sont vives et spirituelles, il ne reste pas une seconde sans parler, sans agir, sans se mettre en scène.

La prononciation de M. Laurent est libre, ses mouvements sont prompts, faciles, empreints d'une singulière agilité; sa santé physique ne laisse rien à désirer : sa constitution est du reste sèche et grêle, plutôt que replète. On administre des bains fréquents et prolongés, on fait usage des purgatifs, des émissions sanguines, des pédiluves irritants et de toutes les ressources du raisonnement; l'activité du délire ne se ralentit pas une seconde.

A cinquante-trois ans, mêmes conditions, idées d'omnipotence, hallucinations qui font croire à ce malade qu'il est en rapport avec Dieu et avec les anges; il distribue aux uns des titres et des royaumes, il accorde aux autres des priviléges et des richesses. Il est impérieux, vain, pétulant, difficile à conduire.

A cinquante-quatre ans, l'exubérance des idées va en diminuant, l'imagination est moins féconde; M. Laurent est moins vif et moins turbulent, il est aussi plus docile et moins svelte; on soupçonne l'existence d'un commencement de gène dans la prononciation. Un soir, qu'on a

permis à ce malade d'aller passer quelques heures chez sa femme, il fait une fugue et n'est retrouvé qu'au bout de soixante-douze heures, à plusieurs lieues de son domicile; cette excursion, pendant laquelle il n'a fait que marcher sans prendre vraisemblablement ni repos ni aliments, a singulièrement aggravé sa situation.

A cinquante-cinq ans, M. Laurent est sur les limites de la démence : son imagination est éteinte, ses conceptions sont très bornées, sa physionomie a perdu son expression radieuse, sa volonté est sans énergie; extérieur négligé, mouvements lents, prononciation gênée, habitudes de malpropreté.

M. Laurent meurt bientôt avec tous les symptômes de la paralysie générale, et l'autopsie fait découvrir les altérations ordinaires de cette maladie.

Cette observation est citée par M. Calmeil comme un exemple de paralysie générale, survenant chez un malade atteint de folie simple. Il y aurait donc eu ici successivement deux maladies, et la démence paralytique devrait être regardée, dans ce cas, comme une affection secondaire.

C'est la doctrine d'Esquirol opposée à celle de Bayle.

Observation IV

Sommaire. — Monomanie ambitieuse très restreinte sans signe de paralysie ni de démence pendant cinq ans; puis, invasion de la démence paralytique,

La femme V..., âgée de trente et un ans, est entrée à la Salpêtrière le 24 décembre 1853. On nous donne les renseignements suivants :

Cette femme, très intelligente, d'un caractère gai, mariée à seize ans, a eu beaucoup à souffrir des mauvais traitements de son mari, qui l'a abandonnée. Depuis lors,

elle a essayé de se faire actrice et a joué sur plusieurs petits théâtres. On croit qu'à une certaine époque elle a pris une assez grande quantité d'excitants de toutes sortes, absinthe, café, etc. La position qu'elle avait ayant tout à coup changé, la femme V... a été réduite à travailler chez elle comme couturière. Elle était très sujette aux migraines, et a eu plusieurs fois des attaques de nerfs.

Depuis cinq ans, V... était en proie à un délire ambitieux, très circonscrit; elle prétendait devoir faire un héritage considérable. Elle allait trouver des avocats pour obtenir d'eux qu'ils s'occupassent de son affaire, sur laquelle elle donnait des détails si précis qu'elle parvenait à convaincre beaucoup de gens qui finissaient par ajouter foi à ses affirmations. Le château et les terres dont elle devait hériter étaient situés près de Choisy-le-Roi, et ces propriétés ne devaient pas, d'après son dire, être évaluées à moins de onze cent mille francs.

Il y a huit à neuf mois seulement, on a commencé à s'apercevoir d'un léger embarras de la prononciation, et bientôt le délire a semblé disparaître. L'excitation a été remplacée, pendant quelque temps, par de l'abattement et de la tristesse. Mais bientôt l'excitation apparaît de nouveau, bien que très légère, et la malade, à son entrée à la Salpêtrière, recommence à nous raconter, d'une façon très suivie, une foule de détails que nous avons su plus tard constituer autant d'erreurs.

Elle aurait été élevée à la maison de Saint-Denis comme fille d'officier; elle prétend être attachée au théâtre de la Gaîté, et y remplir les premiers rôles; elle est mariée à un acteur très connu, qui est lui-même cousin du préfet de police; elle avait une marraine, sociétaire du Théâtre-Français, de laquelle il devait lui revenir une fortune considérable; elle a été frustrée de cette fortune par une sœur

de sa marraine, arrivée de Saint-Pétersbourg avec deux jésuites. Elle prétend avoir fait une chute, être tombée d'un deuxième étage, avoir été portée à la Maison municipale de santé, où le préfet de police payait sa pension, etc.

La malade, en donnant tous ces détails, n'hésite jamais; elle paraît parfaitement convaincue de ce qu'elle dit, et soutient qu'elle n'avance rien que d'absolument vrai.

L'embarras de la parole est très prononcé; la malade en a conscience, mais elle l'attribue à cette prétendue chute, qu'elle aurait faite il y a quatre mois.

En même temps, on constate du tremblement des membres, surtout à gauche. La démarche n'est déjà plus complètement assurée.

L'état de cette malade n'a présenté presque aucun changement pendant la première année de son séjour à l'hospice. Ce n'est qu'en 1855 que survint la démence. V... conservait néanmoins quelques idées ambitieuses. A la fin de cette même année, elle commença à devenir gâteuse; elle était affaissée, triste et pleurait souvent. Au printemps de 1856, elle ne pouvait plus se soutenir, et des eschares se formaient aux talons et au siège.

Le 25 juin, V... eut une attaque de paralysie qui porta sur le côté droit, et fut accompagnée de mouvements convulsifs. Elle succomba le 19 octobre 1856, dans un état complet de marasme.

A l'autopsie, nous trouvâmes les membranes épaissies, adhérentes à la couche corticale dans une très grande étendue.

Dans le corps strié du côté gauche, cavité hémorragique ancienne et remplie de sérosité.

Bien que nous n'ayons connu l'existence de la monomanie ambitieuse chez la femme V... que par les renseignements qui nous ont été donnés, les détails sont si précis

que cette monomanie ne saurait être révoquée en doute. Nous ferons d'ailleurs remarquer que, bien que la malade eût de l'embarras de la parole lors de son entrée à la Salpêtrière, elle avait encore, à cette époque, selon l'expression de M. Morel, un délire parfaitement systématisé. Ses idées étaient si bien coordonnées, et elle savait donner à ce qu'elle nous disait une telle apparence de vérité, que nous avons dû recourir aux renseignements pour nous assurer de l'exactitude de tous les faits racontés par la malade.

Observation V

Sommaire. — Folie ambitieuse pendant plus d'une année, sans aucun signe de démence ni de paralysie; ensuite, invasion de la paralysie générale.

M. G..., âgé de quarante ans, a été amené à l'asile des aliénés de Lyon, le 31 janvier 1861; il fut transféré à l'asile de Pau, au bout d'une année, le 6 février 1862.

Il n'offrait alors aucun signe appréciable de paralysie. La parole est libre, dégagée, les mots sont bien articulés, point de mouvements fibrillaires des lèvres ni de la langue. Énergie musculaire normale, pupilles égales, mais dilatées; la sensibilité générale semble un peu émoussée. Cependant, le malade offre le délire ambitieux le mieux caractérisé. Il prétend être extrêmement riche et avoir des millions à la banque de Lyon; il explique par une méprise son entrée à l'hospice; il prend des airs protecteurs vis-à-vis des autres malades, accable le directeur de ses projets de réformes et lui offre à chaque instant l'appui de ses millions.

Ce malade parle « d'ailleurs avec le sérieux imperturbable d'un homme convaincu de ce qu'il avance... » loin d'être comme d'autres aliénés qui se disent princes, nobles

ou riches, et avouent, dans d'autres moments, qu'ils sont pauvres, fils de Pierre ou Paul, et qu'ils possèdent à peine de quoi vivre; pour peu qu'on veuille le faire avouer, G... est toujours riche, et la foi qu'il a dans son génie ne faiblit jamais.

M. Broc, après avoir rapporté tout au long les conceptions délirantes de ce malade, ajoute « qu'il est rare de trouver dans le délire de la paralysie générale une pareille *systématisation* d'idées et une corrélation si grande entre les diverses conceptions délirantes ». — Ce qui n'empêche pas que, quatorze ou quinze mois après l'invasion du délire monomaniaque, on vit apparaître les symptômes d'une paralysie générale, qui suivit son cours ordinaire et se termina par la mort à la suite d'attaques épileptiformes.

Essayons de résumer ces cinq observations.

Le premier malade était un monomaniaque *halluciné*, qui croyait être Louis XVII. Nous l'avions observé *deux ans*, sans soupçonner qu'il dût devenir paralytique.

Dans la seconde observation, la folie ambitieuse a duré six ans avant que la paralysie se soit montrée, et, pendant ces six années, le malade écrivait beaucoup, et dans ses écrits, « on remarquait souvent des rapprochements très piquants, des idées bizarres et risibles, et des citations qui indiquaient *une grande mémoire*. »

Le troisième malade reste plusieurs années, sans aucun signe de démence ni de paralysie. « Ses réparties sont vives et spirituelles. » Ses mouvements sont empreints d'une singulière agilité, la prononciation libre.

Chez la femme V... (observation IV), un délire monomaniaque très circonscrit a précédé la paralysie pendant cinq ans.

Enfin, dans la cinquième observation, M. Broc fait remarquer qu'il est rare « de trouver dans le délire de la

paralysie générale une pareille systématisation d'idées et une corrélation si grande entre les diverses conceptions délirantes ».

Cet aliéné n'offrit de lésions des mouvements qu'après quinze mois.

Ces faits prouvent que la folie ambitieuse peut persister plusieurs années sans signes de paralysie, ou même avec les caractères de la monomanie, et finir cependant par la démence paralytique.

Dans la première observation, la monomanie accompagnée d'hallucinations, qui durait depuis quatre ans, s'est transformée tout à coup à la suite d'une congestion cérébrale?

Alors sont apparues la démence et la paralysie, alors aussi le délire ambitieux a changé de nature; ce n'était plus le délire d'un monomaniaque, mais celui d'un dément. Tout ne semble-t-il pas prouver l'invasion d'une maladie secondaire?

Dans l'observation de Bayle, le malade reste *six ans* exalté, mais intelligent; alors l'exaltation diminue, les facultés s'affaiblissent, et la lésion des mouvements apparaît.

Dans la troisième observation, c'est après trois ans que l'exubérance des idées va en diminuant; l'imagination est moins féconde, les mouvements moins libres; enfin, la langue commence à s'embarrasser.

Ainsi, à un moment donné, on assiste à l'invasion de symptômes d'une nature absolument différente de ceux qui avaient existé jusque-là (1).

(1) Ces symptômes sont ceux de la démence paralytique qui survient comme terminaison de la folie ambitieuse, et qu'on peut alors considérer comme une maladie secondaire.

NOTE ADDITIONNELLE

Ce mémoire n'a point été terminé; il devait comprendre huit catégories de faits et n'en renferme qu'une seule. J'ai cru cependant devoir reproduire cette première partie, parce qu'elle se rattache principalement à la question, à mon avis très importante, des paralysies générales secondaires.

La solution de cette question est aujourd'hui devenue plus facile. Depuis quelques années, en effet, on a classé sous la dénomination de pseudo-paralysies générales des observations dans lesquelles on avait pu constater tous les symptômes de la paralysie générale vraie, bien que les malades ne fussent point atteints de péri-encéphalite chronique.

On a été ainsi conduit à admettre que tous les symptômes de la paralysie générale, délire des grandeurs, embarras de parole, inégalité des pupilles, etc., pouvaient être produits quelquefois par de simples troubles circulatoires. Ce fait a d'ailleurs été directement prouvé par des autopsies dans lesquelles les lésions de la péri-encéphalite chronique faisaient complètement défaut, bien que la maladie se fût prolongée longtemps.

S'il peut en être ainsi dans les cas où les symptômes de la paralysie générale ont été presque tous réunis, on comprend combien il devient difficile d'affirmer l'existence de la péri-encéphalite lorsque les malades n'ont eu que le délire des grandeurs sans aucune lésion des mouvements.

Les observations semblables à celles qui ont été citées dans ce mémoire peuvent donc désormais fournir un argument contre la théorie des paralysies générales primitives.

Le malade de Bayle, par exemple (Obs. IV), est resté

six ans atteint de délire des grandeurs, sans aucune lésion des mouvements; puis, il est tombé dans la démence paralytique.

Pendant ces six années, n'y a-t-il pas eu autre chose que de simples troubles circulatoires, et la démence paralytique qui est survenue alors ne doit-elle pas être considérée comme une maladie secondaire? Comment admettre une péri-encéphalite chronique, alors que le malade n'a présenté pendant une si longue période aucune lésion des mouvements, ni aucun signe de démence. N'y a-t-il pas eu successivement chez lui deux processus : l'un pour la folie ambitieuse, l'autre pour la démence paralytique?

M. Calmeil, pour le malade dont il a cité l'observation, et chez lequel la démence paralytique est survenue après *trois ans* d'une folie ambitieuse sans lésions des mouvements, regarde cette folie ambitieuse comme une maladie à part et qui s'est transformée en une paralysie générale, laquelle devrait être considérée comme maladie secondaire. L'auteur que je viens de citer rapporte ailleurs un fait qui offre un grand intérêt pour la solution de la question.

Il s'agit d'un malade qui, pendant un an, avait présenté un délire des grandeurs très limité ; il se croyait le frère de Charles X..., il voulait acheter des châteaux et se faire faire un habit à collet d'or. Il conservait d'ailleurs les dehors d'un homme tout à fait raisonnable. Cet aliéné était atteint d'une maladie de cœur et, quand il s'animait, sa figure devenait cramoisie, et il s'exprimait alors en bredouillant ; il succomba à une attaque de congestion cérébrale.

A l'autopsie, on ne trouva point les lésions de la paralysie générale ; mais M. Calmeil pense que ce malade « était depuis longtemps sous le *coup d'une péri-encéphalite chronique imminente*, lorsqu'il a été comme foudroyé par un surcroît de congestion sanguine ». Il n'est pas

ajoute-t-il, jusqu'à la forme *ambitieuse de son délire* qui ne parle bien en faveur de cette supposition.

M. Calmeil était convaincu que le malade « aurait été atteint d'une inflammation, soit locale, soit générale, du cerveau, s'il eût pu échapper à la violence de l'attaque qui a entraîné sa mort ».

N'est-il pas certain, en adoptant cette opinion, que la péri-encéphalite eût dû être considérée comme une maladie secondaire, et cependant, d'après l'opinion généralement admise, personne n'eût hésité à la regarder comme primitive. Dans combien de cas n'en est-il pas ainsi?

Je crois devoir rappeler que le malade qui fait le sujet de la première observation, après n'avoir présenté, pendant quatre ans, qu'un délire des grandeurs très limité, sans lésion des mouvements, est devenu paralytique à la suite d'une congestion cérébrale, et cette congestion a été le point de départ d'une paralysie générale qu'on ne saurait, à mon avis, se refuser de regarder comme secondaire.

En résumé, lorsque la folie avec prédominance du délire des grandeurs persiste une ou plusieurs années sans aucune lésion des mouvements et qu'on voit alors survenir les symptômes de la démence paralytique, on ne peut désormais affirmer que cette démence paralytique est une maladie primitive, dont la folie ambitieuse aurait été la première période.

Les faits sur lesquels on s'appuie pour admettre des pseudo-paralysies générales peuvent, au contraire, être invoqués ici pour prouver que ces folies ambitieuses sans lésion des mouvements, qui ont persisté plusieurs années, étaient entretenues par de simples troubles circulatoires et que la péri-encéphalite chronique n'a débuté qu'au moment où sont apparus les symptômes pathognomoniques de cette maladie : la démence et la paralysie.

Les faits semblables à ceux que j'ai cités sont rares; mais il serait facile de démontrer qu'ils se relient par des intermédiaires à d'autres faits qui le sont beaucoup moins, et c'est, à mon avis, ce qui leur donne un assez grand intérêt.

VIII

DES RÉMISSIONS

ET DE LA DÉMENCE

DANS CERTAINS CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE

1879

Parmi les dénominations qu'on a voulu substituer à celle de paralysie générale, il y en a deux qui représentent des ordres de faits très différents ; ce sont les dénominations de *folie paralytique* et de *démence paralytique*.

On sait que très souvent le délire prédomine pendant une grande partie de la maladie ; ces cas constituent ce qu'on a appelé les formes maniaque, mélancolique ou monomaniaque. Il est alors quelquefois difficile de constater l'existence de la démence, mais on admet généralement qu'elle est masquée en quelque sorte par le délire maniaque ou mélancolique.

C'est à cet ordre de faits que convient très bien la dénomination de *folie paralytique*.

Dans d'autres cas, la paralysie générale présente dès le début une physionomie très différente ; c'est la démence qui prédomine. Le délire très souvent n'existe pas, et, s'il existe, il est très limité et ne tient qu'une place accessoire,

au lieu d'être le phénomène prédominant. Ces faits sont souvent, et avec raison, désignés sous la dénomination de *démence paralytique*.

J'ai dû rappeler ici la distinction de ces deux ordres de faits, parce qu'elle se rattache au sujet principal de ce mémoire.

Il y a deux ans, j'ai essayé de démontrer que les rémissions qu'on voit si souvent se produire dans le cours de la paralysie générale ne sont pas autre chose que la guérison des accès de manie ou de mélancolie qui précèdent ou compliquent cette maladie.

Parmi les objections qu'on m'a adressées, il en est une qui soulève une question intéressante.

Sans doute, m'a-t-on dit, les cas dans lesquels ont lieu les rémissions appartiennent, en très grande majorité, à la folie paralytique, aux formes maniaques ou mélancoliques, mais il y en a aussi dans la démence paralytique.

« Des sujets couverts d'eschares, gâteux, arrivés à un état de marasme et d'épuisement profond, ne pouvant se soutenir sur leurs jambes et dans un état de *démence complète*, ont été vus reprenant leurs forces, parlant plus librement, *récupérant même la plus grande partie de leurs facultés intellectuelles*, et se sont soutenus dans cet état pendant des années entières. »

Les rémissions que Marcé signale dans ce passage et qui l'ont été aussi par d'autres auteurs sont assurément exceptionnelles; mais on en observe quelques-unes, et il reste à les expliquer.

Les faits qu'on appelle exceptionnels doivent d'ailleurs aussi bien, et peut-être plus que les autres, être examinés avec soin. Leur étude dans la paralysie générale, en particulier, me semble pouvoir éclairer certains points en litige. Loin de repousser l'objection, je crois donc, au contraire, qu'il convient de la discuter.

Je me propose de rechercher ici quels sont, en réalité, ces cas rares de rémission qui se produisent dans le cours de la paralysie générale, quand les symptômes de démence prédominent dès le début.

M. Calmeil, dans son dernier ouvrage, a consacré les sixième et septième séries de ses observations à la démence paralytique primitive. Ces deux séries ont pour titre :

Sixième série. — « Des cas où l'existence et l'envahissement de la péri-encéphalite chronique diffuse ont été annoncés par la manifestation d'une démence ou rapide ou progressive, de conceptions délirantes limitées et par des symptômes de débilitation de la puissance musculaire. »

Septième série. — « Des cas où l'envahissement de la péri-encéphalite chronique diffuse a été annoncé par la manifestation ou rapide ou graduelle d'une démence non compliquée de délire et par des symptômes de débilitation de la puissance musculaire. »

Comme on le voit, ces deux séries d'observations appartiennent à la démence paralytique primitive ; mais ce qui me paraît digne d'être remarqué dans ces titres, c'est la distinction des cas dans lesquels l'invasion de la démence a été plus ou moins *rapide*, et de ceux dans lesquels elle a été *lente* et *progressive*.

Au point de vue des rémissions, ces deux ordres de faits me paraissent devoir être étudiés séparément.

I

Des rémissions dans les cas où l'invasion de la démence a été rapide.

Ces cas se présentent dans deux conditions différentes :

Tantôt on constate un état de stupeur plus ou moins prononcé, sans délire ou avec délire triste ; tantôt, au contraire,

bien que la démence prédomine, le malade a quelques conceptions délirantes, ambitieuses, et les symptômes de stupeur n'existent pas.

Parmi les faits que cite M. Calmeil, il en est un qui peut servir de type pour les cas où l'invasion de la démence a été *très rapide*. Je me bornerai à rappeler ici le début de la maladie.

« Au commencement de sa quarante-deuxième année, Mme Mariette éprouve un saisissement qui a des conséquences funestes pour son intelligence. Une nuit qu'elle est occupée à des travaux de couture, elle s'endort en laissant reposer son visage sur son ouvrage ; bientôt, elle est réveillée en sursaut par une sensation dont elle ne se rend pas bien compte, et elle s'aperçoit que le feu a pris à son bonnet. Elle n'a reçu aucune atteinte de brûlure et la flamme peut être éteinte sans aucune difficulté ; on constate cependant après cet accident qu'elle est tombée dans un état qui ressemble à de la *stupidité*. Dès le lendemain, elle se trouve incapable de s'occuper des soins de sa maison, de sa famille, car sa *mémoire paraît abolie* et elle manque d'initiative pour régler les choses qui lui étaient les plus familières. Cette espèce de nullité intellectuelle est compliquée de gêne dans la prononciation ; la démarche de Mme Mariette est devenue chancelante, tous ses mouvements s'accomplissent maintenant avec lenteur. »

Les symptômes, chez cette malade, s'aggravèrent progressivement sans aucune rémission ; la mort eut lieu une année après le début.

On voit ici, à la suite d'une émotion morale vive, se manifester immédiatement les signes graves de démence, *la mémoire paraît abolie* et la malade se montre immédiatement dans un état de *nullité intellectuelle* qui la rend incapable de s'occuper de sa maison. Il importe de faire remar-

quer que, dès le début, l'état de la malade ressemble à de la *stupidité*.

Voilà, comme je l'ai dit, un fait qui peut véritablement servir de type pour le cas où la paralysie générale est annoncée, comme le dit M. Calmeil, par l'envahissement d'une *démence rapide*.

Mais est-ce bien là en réalité, et dès le début, un état de démence : ou bien n'y a-t-il, dans ces cas d'invasion si rapide, qu'une stupeur congestive simulant la démence? Les observations suivantes me paraissent pouvoir aider à la solution de ces questions.

La première que je citerai a été publiée par M. Calmeil lui-même dans son premier ouvrage. C'est assurément l'une des plus importantes.

Observation I

Sommaire. — Paralysie générale. — Invasion très rapide d'une démence apparente. — Après quatre mois, disparition des symptômes et retour presque complet de l'intelligence à l'état normal.

Un libraire, âgé de cinquante-six ans, qui avait une sœur aliénée et une nièce qui s'était suicidée, fut pris d'un accès de manie à la suite d'émotions morales vives. Cet accès guérit au bout de dix mois. Après sa guérison, le malade s'adonne à la boisson : il éprouve des maux de tête. Un jour, *deux ans* après la guérison de son accès de manie, sa vue se trouble, il se sent étourdi et sur le point de tomber ; il rentre chez lui dans un *véritable état de démence*. Le lendemain, il est conduit à Charenton. « *L'intelligence paraît affaiblie; physionomie stupide, compréhension obtuse, idées rares; le sujet cherche longtemps ce qu'il veut dire, il est calme, mange lorsqu'on lui présente des aliments, semble n'avoir aucune espèce de sensations, urine quelquefois dans son lit. Son état semble désespéré.* »

A ces symptômes de démence s'ajoutent de graves lésions musculaires : la prononciation est obscure, on a de la peine à comprendre les réponses ; la démarche est excessivement lente, souvent le malade chancelle et un léger effort le renverserait. Cependant, au bout de dix mois, il put être rendu à la société ; il n'existait aucune trace sensible de paralysie générale et l'intelligence, quoique peu étendue, était pour ainsi dire à l'état normal.

Cette rémission s'était manifestée après quatre mois de traitement et c'est alors que le malade avait commencé « *à parler sans bégayer*, à rendre compte de ce qu'il éprouvait et à s'occuper de sa famille ».

L'observation suivante a été recueillie par moi, à Charenton, et publiée dans mon mémoire sur la mélancolie avec stupeur.

Observation II

Sommaire. — Paralysie générale. — Invasion rapide d'une démence apparente. — Guérison après six mois.

M. R..., capitaine d'infanterie, âgé de trente-six ans, était atteint depuis plusieurs années d'un tremblement des mains, survenu, disait-on, à la suite de la suppression d'un flux hémorroïdal par des lotions froides, lorsque tout à coup, pendant une marche, il quitta son régiment et s'enfonça dans les bois. On s'aperçut immédiatement qu'il avait la tête dérangée et il tomba dans un état de stupeur et d'apathie tel qu'on ne pouvait obtenir de lui un seul mot et qu'il n'avait aucun soin de propreté. Amené, trois mois après, à Charenton, on note les symptômes suivants : physionomie sans expression ; immobilité et mutisme ; l'intelligence paraît très affaiblie. Le malade ne se rappelle pas avoir été militaire ; il ne sait où il est ni depuis combien de temps ; il est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Quand

on obtient quelques réponses aux questions qu'on lui adresse, on constate un embarras évident dans la prononciation.

Ce malade guérit après six mois environ de traitement, à la suite de plusieurs accès de fièvre intermittente. La stupeur disparut et, deux mois après, le malade put passer aux convalescents. Cependant, l'*embarras de la prononciation persistait encore*, mais il était beaucoup moins sensible. Esquirol fit faire de fréquentes applications de sangsues au siège pour rappeler les hémorroïdes; il fut assez heureux pour y parvenir.

M. R... quitta la maison de Charenton dans le mois de janvier. Il n'y avait plus d'embarras dans la prononciation; la tenue était excellente, l'intelligence très nette, et l'on pouvait regarder la guérison comme complète.

Observation III

Sommaire. — Paralysie générale. — Démence apparente. — Guérison après deux mois et demi (1).

V..., gendarme de la ville de Paris, âgé de trente-un ans, ancien militaire de l'Empire, se trouva, aux journées de juillet 1830, contraint par sa position de combattre contre des hommes qu'il aimait et dont il partageait les sentiments politiques. Naturellement bon, doux et humain, il n'intervenait qu'avec un profond chagrin contre les émeutes populaires; marié et père de famille, il rentra chez lui, le combat terminé, dans un grand accablement; rien ne le put tirer de sa tristesse profonde. Il donna presque immédiatement des signes de délire, ne put pas reprendre son

(1) (Cette observation a été publiée par M. Hubert Rodrigues, sous le titre de *Démence aiguë avec paralysie générale*.)

service et, quelques jours après, il fut conduit à l'hospice de Bicêtre (21 août 1830).

Le jour où M. Ferrus le vit pour la première fois, V... ignorait où on l'avait conduit, ne savait rendre compte de ce qui lui était arrivé, ni de sa position actuelle. Il changeait de place sans motif, allait et venait dans la salle, mais n'avait point une agitation qui pût troubler la tranquillité des autres malades; quelquefois, en marchant, il s'arrêtait comme s'il eût été effrayé. Sa mémoire, affaiblie sur quelques points, paraissait nulle sur quelques autres; parfois il semblait éprouver de l'attendrissement et pleurait. La marche était difficile, il écartait les jambes en exécutant cet acte, et quoiqu'il ne sortît pas de la salle, il marchait comme s'il eût dû trouver des corps inégaux sous ses pieds. Les mouvements des membres supérieurs étaient fort bornés ; le malade refusait de manger, mais, quand on avait pu l'y déterminer, il portait seul les aliments à la bouche. *La parole était difficile et la langue évidemment atteinte de phénomènes de paralysie*; elle tremblait et ne se déviait pas quand on obligeait le malade à la sortir de la bouche...

Après trois semaines de traitement, amélioration de l'état moral, « *mais la paralysie générale se montrait à peu près au même degré.* »

Le malade sortit guéri le 9 novembre 1830, après environ trois mois de séjour à l'hospice. On était parvenu à rétablir, à l'aide de l'aloès, un flux hémorroïdal supprimé depuis plusieurs années, ce qui, sans nul doute, contribua beaucoup au rétablissement du malade. »

Observation IV (1)

Sommaire. — Paralysie générale. — Démence apparente. — Rémission remarquable après trois ou quatre mois.

« L..., âgé de vingt-six ans, est militaire ; il arrive d'Afrique, où sa maladie s'est déclarée ; il est admis dans l'asile de Marseille le 28 juin 1846.

Au moment de son entrée, il présente tous les caractères d'une *démence paralytique bien confirmée ;* mais, quelque temps après, il survient de l'agitation maniaque, avec hallucinations diverses, insomnie et mobilité excessives. Cet état cède à l'usage des bains et à deux applications de sangsues ; mais à mesure que le calme revient on s'aperçoit que la paralysie a fait des progrès et que le malade est en proie à des idées tristes et pénibles ; il paraît effrayé, il tremble ; il croit qu'on veut le tuer, il se cache et reste immobile. Peu à peu, il cesse de parler, il laisse aller ses excréments ; la volonté est complètement abolie ; il reste toute la journée accroupi dans un coin ; la figure est hébétée. Cet état dure plus de deux mois sans présenter aucun changement ; puis se déclarent quelques rémissions.

Au mois de septembre, il se fait une amélioration sensible : la stupeur se dissipe progressivement, le malade prononce quelques paroles, il prend régulièrement sa nourriture et cesse de salir son lit ; il se promène dans la cour. On le met au travail ; il y va avec plaisir, et bientôt il s'acquitte avec activité et intelligence de tout ce qu'on lui confie. La stupidité n'existe plus ; la mémoire, qui était très affaiblie en principe, redevient bonne sur les choses anciennes comme sur les choses récentes ; la paralysie a rétro-

(1) Publiée par M. Sauze, dans son mémoire sur les rémissions.

gradé; la démarche est assurée, les jambes ne chancellent point; la force musculaire est revenue et permet à L... le travail de la campagne. Il n'y a pas la moindre trace de délire; mais le bredouillement caractéristique de la paralysie générale persiste à un certain degré et l'on continue à observer, quand le malade parle, un tremblement des lèvres et de la langue. Cet état se maintenant jusqu'à la fin de l'année, on se décide à renvoyer L... au sein de sa famille, pour y passer six mois de convalescence.

Le 1er janvier 1847, il sort complètement rétabli du côté de l'intelligence, mais offrant toujours quelques signes de paralysie et nous inspirant, à cause de cela, des craintes de récidive. »

Observation V

Sommaire. — Paralysie générale. — Délire ambitieux. — Hallucinations. — Signes de démence. — Stupeur. — Guérison après un an.

La femme R..., âgée de quarante-quatre ans, a cessé d'être réglée il y a six mois. Depuis trois mois, sa vue se trouble; elle voit des étincelles. C'est dans ces conditions que se manifeste un délire ambitieux limité et sans nulle excitation; elle prétend qu'elle est la fille du roi des Belges, elle aura des équipages; en même temps se manifestent des hallucinations de l'ouïe, elle entend la voix de son mari, mort depuis longtemps.

A l'entrée à la Salpêtrière, je constate les symptômes suivants:

Embarras peu marqué, mais évident, dans la prononciation; démarche saccadée, membres faibles, sensibilité générale très obtuse.

L'intelligence est très affaiblie, la physionomie sans expression, les réponses sont lentes et souvent la malade ne

semble pas comprendre les questions qu'on lui fait. Elle est plongée dans une sorte de stupeur et bientôt devient gâteuse. La seule tendance au délire ambitieux qu'on observe encore, c'est que la malade répète sans cesse : « Mes parents n'étaient pas pauvres, ils étaient comme il faut. » Les hallucinations de l'ouïe semblent persister.

Cinq mois après l'entrée à la Salpêtrière, la femme R... fut atteinte de dyssenterie. C'est pendant la convalescence de cette maladie incidente qu'elle commença à aller mieux ; deux mois après, elle était guérie. Elle me raconta alors que, pendant son état de stupeur, elle ne savait où elle était, elle prenait les femmes qui l'entouraient pour des hommes. Souvent elle essayait de s'évader pour chercher sa mère et sa maîtresse dont elle entendait les voix.

Les signes de paralysie avaient disparu.

Observation VI (1)

Sommaire. — Paralysie générale. — Mélancolie avec stupeur. — Craintes de démence. — Rémission remarquable après un an.

« M. X..., âgé de trente-cinq ans, exerçant une profession libérale, est devenu aliéné en avril 1886, après de très fortes préoccupations. Dix ou douze jours après l'invasion du délire, il est conduit à l'asile de Sainte-Gemmes.

M. Billod diagnostique, chez ce malade, une lypémanie avec stupeur. Il y a là une difficulté réelle. On peut, en effet, se demander si c'est bien à une lypémanie avec stupeur ou bien à une démence que l'on a affaire; mais il devient très probable, après un sérieux examen, que la démence, possible dans l'avenir, imminente peut-être, n'existe

(1) Publiée par M. Combes dans les *Archives cliniques*.

pas encore. Les facultés intellectuelles sont déprimées, engourdies, mais tout porte à croire qu'elles ne sont pas anéanties.

La mémoire est conservée. Les caractères les plus saillants de l'affection de M. X... sont une lésion remarquable de la volonté, d'où résulte une absence complète de toute initiative et une sorte de délire hypochondriaque. Ce délire se révèle par les idées suivantes : *Il est mort, il va mourir, il est perdu, ses membres sont anéantis, il ne les a plus*, etc.

L'expression de stupeur est aussi profonde que possible; cependant, lorsqu'on vient à fixer fortement l'attention du malade, on le voit exprimer les idées les plus tristes (celles qui précèdent, par exemple), avec un sourire hébété et un air de satisfaction qui contrastent avec la nature de ces idées. Il y a là, de plus, un certain penchant au suicide, auquel la lésion de la volonté ne permet de se manifester que d'une façon passive par un refus d'alimentation...

Le malade était gâteux le jour et la nuit; la parole était lente, mais non tremblante.

Ce n'est qu'au mois de janvier 1857, après un traitement très actif (strychnine, cautère, séton, affusions froides), qu'on put noter un commencement d'amélioration, qui alla en augmentant, et le malade, au mois de juillet, put être rendu à sa famille.

Bien qu'à la sortie l'état mental fût satisfaisant, on pouvait constater une légère excitation. Cependant, M. X... rentre chez lui et « reprend toutes ses occupations et *s'en acquitte bien;* mais il déploie un peu trop d'activité ».

Six mois après, rechute à la suite d'un voyage à Paris. Délire des grandeurs, embarras de parole et tous les signes d'une paralysie générale. Le malade succombe au bout d'un an. »

Les six observations que je viens de rapporter ont des caractères communs.

1° Dans tous les cas, on a constaté des symptômes plus ou moins graves de paralysie générale ;

2° Tous les malades ont présenté des signes de stupeur ;

3° Dans cinq cas, l'intelligence paraissait affaiblie, la mémoire plus ou moins profondément atteinte (physionomie stupide, compréhension obtuse, idées rares (obs. I) ; physionomie sans expression, l'intelligence paraît très affaiblie, mémoire nulle, indifférence complète (obs. II) ; mémoire affaiblie, nulle sur quelques points ; le malade ne peut rendre compte de ce qui lui est arrivé (obs. III).

Dans l'observation empruntée à M. Sauze (obs. IV), on constate, dès l'entrée du malade à l'asile, tous les symptômes d'une *démence paralytique confirmée,* plus tard physionomie *hébétée.*

La malade soignée par moi à la Salpêtrière paraissait avoir l'intelligence très affaiblie ; sa physionomie était sans expression ; souvent cette femme ne comprenait pas les questions qu'on lui faisait (obs. V).

Dans l'observation de M. Combes (obs. VI), les symptômes sont moins graves et cependant, à l'entrée du malade, M. Billod hésite entre une lypémanie avec stupeur ou une démence véritable.

Dans trois cas, il y a eu des rémissions remarquables (obs. I, IV, VI) ; dans les trois autres, il ne restait rien des symptômes et les malades semblaient guéris, mais ils n'ont pas été suivis après leur sortie et une rechute a pu avoir lieu.

Ce qu'il importe de faire remarquer c'est que cette *stupeur paralytique* peut se terminer par une rémission complète après avoir duré quatre mois, avec les symptômes les plus

graves, à ce point que M. Calmeil a pu dire que l'état du malade paraissait désespéré (obs. I).

Le capitaine R... est resté six mois gâteux, stupide et avec un embarras évident de la parole, embarras qui n'a disparu que très tard et alors que l'intelligence était revenue (obs. II). Le malade de M. Sauze offrait à son entrée tous les symptômes d'une *démence paralytique bien confirmée.*

Quand on a parlé des rémissions chez des malades qui avaient offert des signes graves de démence, n'est-il pas probable que quelques-uns de ces malades au moins doivent être assimilés à ceux dont je viens de rapporter les observations. La stupeur accompagnée de symptômes graves de paralysie ne ressemble-t-elle pas beaucoup, dans quelques cas, à la démence véritable? Quoi qu'il en soit, il est certain que les rémissions dans les cas de ce genre, loin de constituer une objection à l'opinion que j'ai essayé de défendre, en sont bien plutôt la confirmation. Il y a longtemps déjà que M. Sauze s'est demandé pourquoi la mélancolie avec stupeur ou simplement la stupeur ne s'associerait pas à la paralysie générale, aussi bien que la manie ou la mélancolie simple; et en effet cette association est fréquente. On comprend donc très bien que M. Hubert Rodrigues ait donné à son observation le titre de *Paralysie générale avec démence aiguë.*

Dans la très grande majorité des cas, cette stupeur paralytique, qui peut simuler la démence, est peu à peu remplacée par la démence véritable, de là des difficultés fréquentes pour le diagnostic; mais quand il y a une rémission, elle doit être complètement assimilée à celle qu'on observe dans la forme maniaque ou mélancolique. C'est encore la vésanie qui guérit, et non la démence qui rétrograde.

Mais on a observé des rémissions chez des malades qui avaient offert des signes graves de démence sans avoir présenté des symptômes de stupeur. Ces faits, encore plus rares que ceux qui précèdent, sont aussi plus difficiles à expliquer. En voici deux qui suffiront pour la discussion.

Observation VII

Sommaire. — Paralysie générale. — Invasion rapide de la démence. — Disparition presque complète des symptômes après cinq mois environ (1).

« Un homme de trente-sept ans, sortant de table et ayant bu plus que de coutume, a un accès de colère et presque immédiatement se met à écrire la tête penchée sur un bureau peu élevé. Au bout d'une heure, on s'aperçoit que sa parole est très embarrassée ; le délire éclate et le malade est conduit à l'Hôtel-Dieu, et de là, cinq semaines après l'invasion, il est placé à Charenton, offrant les symptômes suivants :

La langue est presque complètement paralysée ; le malade se tenait à peine sur ses jambes ; il parlait beaucoup, mais avait peu d'idées suivies ; il prétendait être un grand personnage et ne savait que faire de ses richesses ; *la mémoire et le jugement paraissaient abolis,* etc.

Cet homme, sans être violent, se livrait à une foule d'actes d'extravagance et traînait partout le désordre à sa suite. « Il passe trois mois à l'infirmerie, plongé en apparence dans la *démence*, et condamné, suivant toute probabilité, dit M. Calmeil, à finir promptement sa triste existence sous l'influence de la paralysie générale qui, chaque jour, semblait avancer davantage vers son dernier terme ; mais par

(1) Calmeil, *Traité de la paralysie générale.*

un changement aussi rare qu'inattendu, le délire se calme, le malade comprend nos questions, associe des idées, porte des jugements, cesse de faire des extravagances et distingue ce qui est raisonnable de ce qui ne l'est pas; il s'informe de sa femme, de ses enfants; il demande à écrire, à reprendre ses occupations, etc. »

Lorsque le malade sortit de Charenton, « toutes les fonctions, dit M. Calmeil, s'exécutaient avec tant de régularité, qu'on aurait pu croire à une guérison complète; cependant, il est à remarquer qu'il reste des vestiges de paralysie du côté de la langue; que les idées, quoique suivies, roulent dans un cercle de peu d'étendue; il est à craindre que, tôt ou tard, les accidents ne reparaissent avec toute leur intensité première. »

M. Calmeil a appris, en effet, plus tard que ce malade avait eu une rechute et que son état était des plus graves.

Observation VIII (1)

Sommaire. — Paralysie générale. — Invasion rapide de la démence. — Guérison après six mois.

« M. B..., ancien avocat, avait eu, à l'âge de quarante-deux ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie, une hémiplégie incomplète du côté droit. Les mouvements ne s'étaient jamais complètement rétablis dans la jambe. A soixante ans, il est pris de délire avec excitation génésique très prononcée. On le conduit à Paris dans la maison de santé de M. Pinel : agitation, loquacité, propos obscènes, projets insensés, idées de grandeur; il est roi, empereur, etc.; parole difficile; bégaiement très prononcé dans certains moments. Après six semaines, la maladie s'aggrave.

(1) Observation communiquée à la Société médico-psychologique, par M. Pinel neveu.

La paralysie générale fait des progrès. Le malade devient sale, il laisse échapper les excréments et les urines dans son lit et dans ses vêtements ; il se vautre dans l'ordure ; ses membres sont de plus en plus faibles, et peuvent à peine le soutenir; il traîne les deux membres inférieurs, et sa marche devient de plus en plus difficile. La parole est plus embarrassée, elle est tremblotante ; la nutrition ne se fait pas, le malade maigrit tous les jours; les jambes et les pieds sont fortement œdématiés; les yeux sont ternes ; le facies stupide, le sourire continuel et niais; la sensibilité des plus obtuses, la mémoire nulle. Les facultés affectives sont à peu près anéanties, il voit et quitte sa femme avec indifférence; il dit être le plus heureux des hommes; il est incapable de tenir et de suivre la plus légère conversation. Une seule chose l'occupe et l'absorbe, ce sont les diamants dont il a trouvé une mine dans le jardin de sa division; il passe son temps à creuser la terre et à ramasser tous les cailloux, tous les débris qu'il voit et qu'il prend pour des pierres précieuses dont la valeur lui paraît incalculable. Il les trie, les classe et les met dans une partie du jardin pour les déposer ensuite dans son cabinet; les plus précieux sont placés quelquefois en si grande quantité dans ses poches et dans sa chemise, dont il forme une espèce de sac au-dessus de son pantalon, qu'il ne peut plus bouger de l'endroit où il est assis. Si on lui maintient les mains, il creuse la terre avec ses pieds; si on le force à quitter sa mine et ses diamants, il crie, il pleure, il s'agite et demande en grâce qu'on lui donne la liberté d'y retourner. Une fois là, il ne parle plus, et est parfaitement tranquille. L'urine qui s'écoule constamment est tellement chargée d'albumine, qu'elle est complètement *laiteuse*. La saleté est encore plus grande; il a quelques heures de sommeil, mais, dès le commencement du jour, le

malade veut se lever; il crie, il frappe pour qu'on lui ouvre, afin d'aller reprendre ses travaux. L'affaiblissement physique et moral va en augmentant; le malade a besoin d'un aide pour marcher ; la faim est insatiable.

Vers le commencement du mois d'août, quatre mois après son entrée, fièvre, douleur abdominale, dyssenterie, respiration embarrassée; bronchite intense; gonflement œdémateux considérable des jambes et des pieds avec érysipèle à la jambe gauche seulement; pouls petit et accéléré ; faiblesse extrême, soif ardente, langue rouge et sèche ; continuation du délire, gaieté constante, rire hébété ; prononciation toujours difficile ; décubitus sur le dos, eschares gangreneuses au sacrum et au talon droit.

Assurément, on aurait pu dire de ce malade, comme on l'a dit de celui qui fait l'objet de l'observation précédente, que son état était désespéré, et cependant six semaines s'étaient à peine écoulées que le mieux commençait à se manifester. Le délire disparut et bientôt le rétablissement fut complet. « *Le malade est plein de raison; sa parole est facile, sa conversation agréable et pleine d'aménité.* Il est rendu à la liberté dans un état parfait de *lucidité.* »

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est que pendant dix ans et jusqu'à la mort la guérison ne s'est pas démentie.

Ces deux malades, qui semblaient arrivés au dernier terme de la démence paralytique, avaient des idées de grandeur ; on n'observait chez eux ni mélancolie ni stupeur.

Le premier parlait beaucoup et se livrait à une foule d'actes d'extravagance ; il traînait partout le désordre à sa suite.

Le second passait ses journées à ramasser des cailloux qu'il prenait pour des pierres précieuses ; il en remplissait

ses poches et allait ensuite les classer. Il s'emportait quand on le dérangeait de son occupation et réclamait sa liberté.

Les symptômes si graves de démence et de paralysie qu'offraient ces deux aliénés ont disparu complètement chez l'un et presque complètement chez l'autre. Ce qu'il importe surtout de faire remarquer c'est la durée d'un pareil état. Elle a été de cinq mois chez le premier malade, de six mois chez le second.

La conclusion qu'on peut tirer de ces observations et de quelques autres semblables, c'est que pendant plusieurs mois les symptômes, même les plus graves, de démence et de paralysie peuvent ne pas se rattacher à une lésion organique incurable, c'est qu'il peut ne point y avoir encore de ramollissement de la couche corticale, ni aucune des altérations définitives que révèlent les recherches microscopiques.

Quelle que soit alors la lésion, elle peut rétrograder et, par conséquent, les symptômes graves de démence qu'elle produit ne constituent pas une démence véritable. C'est de la *pseudo-démence*, c'est-à-dire un état spécial qui mérite d'être étudié avec soin pour le diagnostic de la démence véritable.

Les malades couverts d'eschares dont parle Marcé et qui, ayant été dans un état de *démence complète*, ont récupéré la plus grande partie de leurs facultés, ces malades n'étaient donc pas des déments, et on fait évidemment ici une mauvaise application du mot *démence*.

En résumé :

Les faits cités dans cette note prouvent que des rémissions semblables à celles qu'on observe dans les formes maniaques et mélancoliques de la paralysie générale peuvent avoir lieu dans la mélancolie avec stupeur paralytique, ou simplement dans la stupeur paralytique, alors même

qu'elles ont offert les apparences d'un état avancé de démence qui s'est prolongé plusieurs mois (1). Ils prouvent, en outre, qu'il peut aussi très exceptionnellement se produire des rémissions dans des cas graves de paralysie générale avec *démence apparente*, délire ambitieux, alors même qu'il n'y a eu ni stupeur ni délire mélancolique.

Mais s'il existe un état de *pseudo-démence* paralytique avec symptômes graves et constituant un état intellectuel spécial, à plus forte raison doit-on admettre, et dans des cas beaucoup plus nombreux, le même état avec des symptômes légers. Cette *pseudo-démence* avec symptômes légers suffit, à notre avis, pour expliquer l'*absurdité*, la *mobilité*, les *contradictions* du délire des paralytiques, et la facilité avec laquelle ces malades se laissent conduire.

D'après tous les auteurs, la paralysie générale est, dès le début, presque constamment accompagnée de démence, même dans ses formes vésaniques.

Déjà en 1826, M. Calmeil, dans son premier ouvrage, écrivait : « Que chez un très grand nombre d'aliénés para-
« lytiques, l'affaiblissement de l'intelligence se trouve
« *masqué*, s'il est permis de s'exprimer ainsi, par un dé-
« lire infiniment remarquable qui mérite d'autant plus de
« fixer l'attention que, très souvent, il a servi à diagnos-
« tiquer la paralysie générale plusieurs mois avant son
« apparition. »

Depuis lors, il est généralement admis que la démence, au début de la paralysie générale, est cachée derrière l'exal-

(1) Jacobi a bien décrit la mélancolie stupide des paralytiques dans une observation très remarquable qui a été reproduite dans les *Archives cliniques* (tome I, page 225).

Le malade était sorti de l'asile après une période d'excitation et dans un état complet de rémission. « Au bout de trois mois il était déjà ramené à l'hospice, non pas cette fois avec une simple excitation mania-

tation maniaque et qu'elle apparaîtra avec évidence aussitôt que le délire aura cessé.

M. Achille Foville, après avoir indiqué la démence comme la lésion essentielle de l'intelligence dans la paralysie générale, ajoute : « A côté d'elle, ou plutôt par-dessus elle, existe presque toujours un véritable délire qui la colore, la voile en partie ou la cache même entièrement. »

Quelques auteurs n'ont semblé admettre pour ce point aucune restriction. « Ainsi que l'a fait remarquer avec beaucoup de justesse M. Jules Falret, dit Marcé, le délire des paralytiques, quel qu'il soit, se complique d'emblée des caractères de la démence. »

Telle est la doctrine générale, mais je crois qu'elle est au moins exagérée. Ce qu'on a dit des différences qu'offrent les monomaniaques paralytiques et ceux qui ne le sont pas est exact; mais conclure de ces différences à l'existence certaine de la démence, il me semble que c'est aller trop loin. Si la démence aiguë vésanique, au lieu de se terminer le plus souvent par la guérison, se transformait peu à peu et presque constamment en démence véritable, on n'eût pas manqué de s'habituer à attribuer à la démence incurable tous les symptômes du début, et c'est ce qui est arrivé pour la *pseudo-démence* au début de la paralysie générale.

La distinction de la *pseudo-démence*, dans la première période de la paralysie générale, avec la démence véritable repose presque uniquement, jusqu'ici, sur la marche différente de la maladie, qui est plus ou moins rapide dans un

que, mais plongé dans un *anéantissement* complet des facultés mentales ; *l'intelligence*, *la sensibilité*, *la volonté étaient abolies;* il présentait un mélange de mélancolie avec confusion des idées et aliénation des facultés instinctives; mais cette *mélancolie était tellement profonde*, que le malade était complètement incapable de formuler *une idée* un peu achevée, même dans l'ordre d'idées que représentait sa folie.

cas et, au contraire, très lente et progressive dans l'autre. C'est toujours la question de l'état plus ou moins aigu et de l'état chronique.

II

Des rémissions dans les cas où l'invasion de la démence a été lente et progressive.

On sait que les malades atteints de démence paralytique simple sont le plus souvent soignés dans leurs familles, ce qui explique pourquoi on les observe en petit nombre dans les asiles. C'est à tort cependant qu'on a regardé cette forme de la maladie comme rare, et M. A. Foville a dit avec raison que, jusqu'ici, on lui avait fait une part trop étroite dans l'histoire de la paralysie générale. On a même supposé qu'il existait le plus souvent chez ces malades une tendance au délire des grandeurs, délire qui restait pour ainsi dire à l'état latent. Pour le prouver, on a rappelé que, quand on leur adresse la parole, on les voit sourire d'un air de satisfaction. Je ne crois pas que ce symptôme ait la signification qu'on lui a attribuée.

M. Bouvier, quand il était médecin de l'infirmerie de la Salpêtrière, avait toujours dans ses salles un certain nombre de vieilles malades atteintes de démence sénile et qui présentaient aussi ce rire enfantin de satisfaction; il les appelait ses *béates*.

Je me bornerai à citer ici deux observations de démence paralytique simple dans lesquelles l'invasion de la démence a été lente et progressive, observations qui offrent, d'ailleurs, quelques particularités intéressantes. Elles suffiront pour les opposer comme types à celles dans lesquelles les symptômes de démence se sont établis, au contraire, d'une

manière rapide. Nous examinerons ensuite la question des rémissions.

Observation IX

Sommaire. — Affaiblissement intellectuel à marche lente pendant trois ans. — Léger embarras de la parole. — Faiblesse musculaire. — Mort par congestion cérébrale. — Durée de la maladie, quatre ans et demi.

M. Théodore, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament sanguin, d'une nature très impressionnable, a éprouvé, il y a cinq ans, des peines morales très vives par suite d'un procès important qu'il a dû soutenir et qui était devenu l'objet de toutes ses préoccupations. Dès le début de ce procès, un de ses frères qui l'assistait fut surpris de le trouver hors d'état de pourvoir à sa défense, et il fait remonter à cette époque les premiers symptômes d'affaiblissement intellectuel.

Cependant, c'est seulement trois ans plus tard que ces symptômes devinrent évidents.

Lorsque je vis M. Théodore, la démence était déjà très prononcée, l'embarras de la parole assez tranché pour ne laisser aucun doute sur le diagnostic.

Je ne puis mieux faire connaître les caractères de l'affaiblissement intellectuel chez ce malade, qu'en citant les extraits suivants d'une note qui m'avait été adressée par son frère avant ma première visite. Les principaux traits de la démence, telle qu'elle se présente dans les formes simples de la paralysie générale, se trouvent décrits d'une manière très exacte.

« Le caractère de sa situation, dit le frère du malade, est que ses facultés s'éteignent. Il est incohérent, pauvre d'idées, sans initiative, sa mémoire se perd, il ne suit plus dans la conversation le mouvement des idées, parle peu et sans à-propos, et, s'il n'y a pas de divagation, il y a menace

d'hébêtement et d'extinction du mouvement intellectuel. Cependant, il est encore en communion de pensées et d'action avec tout ce qui l'entoure, mais cette communion s'appauvrit et assez rapidement pour qu'on puisse s'attendre à une extinction totale. »

Plus loin, l'auteur de la note ajoute encore :

« La violence du malade n'est plus que de l'impatience, sa nature entreprenante et vive autrefois n'a plus ni initiative, ni besoin de mouvement; son esprit d'ordre ne se manifeste plus que par une routine aveugle, son éloignement de toute dépendance est remplacé par une disposition atonique à la soumission; la moindre résistance l'exaspérait, et aujourd'hui, quand il parle mal à propos, on peut lui imposer silence. Il nous aime encore très vivement, il est encore possible d'échanger quelques idées, mais le cercle se rétrécit, la lumière s'éteint, et il ne semble pas avoir le moindre soupçon de dépérissement; il s'absorbe dans une tranquillité improductive dont il est de jour en jour plus difficile de le tirer. »

M. Théodore, cependant, n'avait nulle conscience de son état. Voici, en effet, ce qu'on dit encore dans la note dont je viens de citer des fragments :

« La difficulté est de faire comprendre à mon frère qu'il est malade : à chaque instant, il trouve l'occasion de nous dire qu'il va parfaitement bien, et comme, en effet, il n'éprouve ni souffrance ni malaise déterminés, comme il a des forces pour de longues promenades, un appétit modéré, mais peu régulier, un sommeil généralement bon, il repousse toute pensée de se mettre en rapport avec un médecin. »

La maladie se prolongea encore dix-huit mois. M. Théodore resta dans sa famille, n'ayant ni agitation, ni délire, mais allant s'affaiblissant au physique et au moral, et il

succomba à une congestion cérébrale très violente, après être resté quatre jours sans connaissance.

Voici quelques détails que j'extrais de la lettre dans laquelle on m'annonçait sa mort :

« Il sortait tous les jours et faisait une promenade de plus en plus limitée; il s'occupait encore lui-même de tous les détails de sa toilette, s'habillait et se déshabillait sans aide, mais avec un embarras qui croissait insensiblement ; il prenait encore part à la conversation, grâce au retour de certains souvenirs, mais il se trompait souvent dans le choix des mots destinés à traduire sa pensée ; ce qu'il avait conservé le plus nettement, c'était la bienveillance du cœur; je ne l'ai jamais abordé sans voir un sourire affectueux s'épanouir sur sa physionomie.

« Il ne se plaignait jamais, était sobre, plein de sécurité sur lui-même et très régulier dans ses mouvements qui s'amoindrissaient de plus en plus. »

Dans ce cas, la démence paralytique n'est pas seulement primitive, on la voit se développer pendant quatre ans et demi sans aucune complication. Comme le dit l'auteur de la note, chez ce malade les facultés se sont éteintes lentement, il n'y avait pas divagation, mais menace d'hébètement.

On peut remarquer ici que M. Théodore n'avait nul « soupçon du dépérissement de son intelligence et qu'il était plein de sécurité sur lui-même ».

C'est par ce dernier caractère qu'il se trouve devoir être assimilé aux aliénés.

Assurément, il n'y a rien de plus différent que la démence symptomatique et la folie, mais elles ont cela de commun que, dans les deux cas, les malades n'ont aucune conscience de leur état.

Observation X

Invasion lente de la démence et de la paralysie.

Sommaire. — Cinquante-trois ans : suppression des règles. — Disparition de migraines anciennes. — Démence et paralysie progressives. — Mort après cinq ans et demi. — Atrophie du cerveau ; pas d'adhérence des membranes à la couche corticale. — Épanchement séreux considérable.

Mme Joséphine, âgée de cinquante-trois ans, journalière, est entrée à la Salpêtrière le 11 mars 1857. Elle avait été arrêtée en état de vagabondage et n'avait pu indiquer ni son domicile ni même son propre nom. Quelques jours après, on obtint de la famille les renseignements suivants :

Il y a au moins trois années et demie que cette femme a commencé à perdre la mémoire. L'affaiblissement s'est produit d'une manière lente et progressive ; dans les derniers temps, il était arrivé à ce point que la malade se perdait dans les rues et passait devant la porte de sa maison sans la reconnaître. D'ailleurs, Mme Joséphine n'a jamais fait aucun acte d'extravagance.

Elle oubliait ce qu'elle venait de faire un instant auparavant, était incapable de suivre une conversation, mais autrement ne déraisonnait pas. Elle pleurait facilement. L'embarras de la parole existe depuis longtemps, mais on ne peut pas dire d'une manière précise à quelle époque il a commencé. Le tremblement des mains remonte aussi à une époque assez éloignée ; on n'a pas remarqué de faiblesse dans les jambes.

De temps en temps, depuis les premiers accidents, survenaient des espèces de crises caractérisées par des tremblements très forts du corps et des membres.

Les parents n'assignent d'autre cause à la maladie que

l'âge critique. Il y a deux ans, en effet, que les règles sont tout à fait supprimées, et depuis le début de la maladie des migraines très anciennes ont disparu.

A l'entrée à l'hôpital, nous constatons un affaiblissement extrême de l'intelligence. La malade dit elle-même qu'elle est comme un enfant et qu'elle ne sait plus rien. Embarras de parole, tremblement des membres, démarche encore assez assurée; la pupille gauche est plus large que la droite.

Cet état de démence paralytique s'est prolongé pendant deux années. Au commencement de 1859, l'intelligence semblait abolie; Mme Joséphine ne savait même plus qu'elle avait des enfants ; la station était devenue impossible. Bientôt, état de marasme, impossibilité d'articuler un seul mot; déglutition difficile. Contracture des deux muscles droits abdominaux qui forment comme deux cordes saillantes au milieu du ventre déprimé latéralement (1).

Pendant les quinze derniers jours, langue sèche, dents fuligineuses, haleine fétide. Mort le 3 avril.

Autopsie. — Les membranes sont épaissies, la pie-mère injectée ; on ne découvre aucune adhérence à la couche corticale. Cette couche est plus mince et paraît un peu

(1) Dans la démence paralytique à marche chronique, l'abolition lente et progressive de l'intelligence et des mouvements correspond à une lésion également lente et progressive du cerveau, qui a pour conséquence une atrophie plus ou moins considérable de cet organe.

Parmi les nombreuses observations que j'ai recueillies à la Salpêtrière, j'en ai choisi vingt-cinq dans lesquelles la démence paralytique s'était prolongée au moins trois années, et je suis arrivé, quant au degré d'atrophie, au résultat suivant :

Le poids moyen du cerveau sur ces vingt-cinq femmes a été de 881 grammes; or, le poids du cerveau sain chez les femmes étant en moyenne de 1055 grammes, il y avait donc une différence de 174 grammes.

Les hémisphères cérébraux, dans la démence paralytique à marche chronique, perdaient donc au moins un sixième de leur poids.

Un fait bien remarquable et que j'ai déjà signalé ailleurs, c'est que le cervelet ne prend pas part à cette atrophie.

atrophiée sur les lobes antérieurs. La substance blanche offre un grand nombre de petits vaisseaux remplis de caillots noirs. Les ventricules latéraux sont très dilatés. La protubérance était très petite et comme atrophiée ; la moelle épinière était aussi peu volumineuse.

Les deux hémisphères cérébraux sont égaux et pèsent 928 grammes, le cervelet 168 grammes; on a recueilli 270 grammes de sérosité.

Le corps calleux, la voûte à trois piliers et la presque totalité des hémisphères étaient très mous, ce qui nous a paru pouvoir être en partie considéré comme un résultat cadavérique, l'autopsie n'ayant eu lieu que trente-six heures après la mort et par une température assez élevée.

Les membranes entraînaient aussi avec elles quelques flocons de substance grise, mais si légers que le poli des circonvolutions n'en paraissait pas sensiblement altéré. Nous avons donc cru pouvoir dire qu'il n'y avait pas, à proprement parler, d'adhérences des membranes.

Les conceptions délirantes paraissent avoir complètement manqué chez Mme Joséphine, et les lésions de l'intelligence n'ont consisté que dans l'état de démence ; si l'on en croit les renseignements donnés par la famille, il n'y aurait même eu aucune trace d'agitation. Les parents assuraient, en effet, que Mme Joséphine n'avait fait aucun acte d'extravagance, et ils ajoutaient qu'elle ne déraisonnait pas ; la seule complication qu'on ait à noter dans ces cinq années de maladie ce sont les crises caractérisées par des tremblements de tous les membres et qui semblent devoir être rapportées à des congestions passagères.

Bien que l'absence d'adhérences des membranes à la couche corticale ne soit pas très rare dans les cas de ce genre, je crois devoir la faire remarquer, la maladie étant arrivée à sa dernière période après une durée très longue.

La quantité très forte de sérosité, 270 grammes, doit être aussi notée ; elle témoigne d'un état d'atrophie assez avancé.

Voilà deux observations de paralysie générale à l'état de simplicité, et dans lesquels le développement de la démence a été lent et progressif.

A-t-on observé ce qu'on appelle des *rémissions* dans les cas auxquels ces deux observations peuvent, je crois, servir de types?

Je n'en connais aucun exemple, et il me semble qu'on peut établir *à priori* que ces rémissions ne sont pas possibles dans ces conditions.

Voyons, en effet, en quoi consistent en réalité les rémissions, et quel est leur caractère principal.

Je prendrai pour exemple la première observation rapportée dans sa thèse par M. Jules Falret.

La malade avait offert de l'embarras de la parole ;

Des signes d'affaiblissement intellectuel ;

Des conceptions délirantes de nature ambitieuse.

Chez cette femme, dont la maladie remontait à plus de dix mois, M. Jules Falret voit se produire une *intermittence* qui se prolonge pendant une année entière.

Or, quel changement s'était-il produit, et quel était l'état de la malade pendant cette intermittence?

1° La langue était quelquefois embarrassée, mais beaucoup moins que lors de l'entrée à la Salpêtrière ;

2° La mémoire était souvent imprécise et un peu faible. La malade comprenait moins bien et plus lentement ;

3° Le délire avait disparu, car cette femme « appréciait parfaitement à leur juste valeur tous les phénomènes de sa maladie ; elle s'habillait avec soin et propreté, avait une conduite très régulière, était bonne et prévenante pour tout le monde ».

Voilà dans quel état était cette femme. Des trois grands ordres de symptômes qui caractérisaient sa maladie :

Les symptômes de paralysie s'étaient beaucoup atténués;

Il restait quelques traces d'affaiblissement de la mémoire;

Le délire avait complètement disparu.

Cette aliénée, que sa folie avait fait séquestrer, avait repris possession d'elle-même, sa raison était rétablie, et c'est ce qui a permis de la rendre à la liberté.

N'est-il pas évident que ce changement si important, que cette guérison, non de la paralysie générale, dont les signes essentiels persistaient encore très atténués, que cette guérison du délire, dis-je, est le fait capital de ce qu'on appelle la rémission et de ce que M. Jules Falret appelle ici l'*intermittence?*

Mais, dit-on, il ne s'agit que d'un symptôme. Oui, mais ce symptôme, c'est *la folie* revêtant souvent pendant six mois avec un *ensemble* de symptômes la forme de la manie, de la mélancolie simple, de la mélancolie avec stupeur, de la folie à double forme. Quelle différence y a-t-il entre ce qui se passe chez un maniaque vésanique et chez un maniaque paralytique, quand, après plusieurs mois de délire, ils reviennent l'un et l'autre à la raison? Quant à moi, je n'en vois aucune. C'est, dans les deux cas, un réveil analogue à celui qui nous fait rentrer chaque jour en possession de nous-même en sortant des rêves souvent *absurdes, mobiles, contradictoires,* qui ont traversé notre sommeil.

Après un accès de manie simple, le malade est guéri; après un accès de manie paralytique, il reste des symptômes atténués d'une maladie qui reprendra bientôt sa marche, mais cette différence essentielle n'empêche pas que le *retour à la raison* n'ait, dans les deux cas, le même caractère et la même conséquence, les malades, le plus souvent, pouvant alors être rendus à la liberté.

Le retour à la raison, la guérison de l'accès de manie, de mélancolie, ou même de simples conceptions délirantes limitées, tel est donc le fait important des rémissions. Or, ce fait ne peut pas se produire dans la démence paralytique simple, puisque la maladie est alors réduite à des symptômes essentiels, la paralysie et la démence.

Dans la démence paralytique simple, il arrive assez souvent que le malade conserve pendant un certain temps la conscience de son état. Il s'aperçoit de la déchéance de son intelligence, de son incapacité pour tout travail intellectuel et s'en afflige, mais cette période passe avec les progrès de la maladie ; alors le paralytique se croit bien portant, il est, comme M. Théodore (obs. IX), plein de sécurité sur lui-même. Il n'a pas été atteint de *folie*, mais il est devenu *aliéné*. Or, cette aliénation une fois établie à la suite des progrès lents de la démence, on ne la voit plus disparaître, on n'assiste plus à ces réveils qu'amène la cessation du délire, de la stupeur ou de la *pseudo-démence* qui s'est produite plus ou moins rapidement.

Il n'y a donc pas de rémissions véritables dans la démence paralytique simple se produisant lentement et progressivement.

Résumé et conclusions.

1° La mélancolie avec stupeur paralytique ou simplement la stupeur paralytique, peuvent revêtir les caractères les plus graves et simuler une démence avancée, et cependant être suivies, même après plusieurs mois, de rémissions remarquables.

2° Quand les symptômes de démence avec quelques conceptions délirantes se développent rapidement, à la première période de la paralysie générale, ils peuvent ne point appartenir à la démence véritable, mais à une *pseudo-*

démence constituant un état spécial non encore suffisamment étudié.

3° C'est à tort assez souvent qu'on affirme l'existence de la démence dès le début de la paralysie générale d'après certains caractères spéciaux ou qu'on la suppose masquée par le délire maniaque ou mélancolique.

4° Le délire *mobile, absurde, contradictoire* des paralytiques n'est pas une preuve de l'existence de la démence et peut s'expliquer par un état spécial comparable à certains cas d'ivresse.

5° La *pseudo-démence* dans la paralysie générale ne peut, jusqu'ici, être distinguée de la démence véritable que par son invasion rapide ou par des signes de stupeur.

6° Il n'y a pas de rémissions véritables dans la démence paralytique simple à marche lente et progressive.

IX

INFLUENCE DES SUPPURATIONS

SUR LA

GUÉRISON DE LA FOLIE PARALYTIQUE

1858

Dans un mémoire reproduit plus haut et qui a pour titre : *De la démence paralytique et de la manie ambitieuse*, je signalais comme l'un des faits les plus remarquables de l'histoire de la manie ambitieuse la tendance aux phénomènes critiques, et j'ajoutais que « des abcès, des furoncles, des anthrax, voire même des eschares, paraissaient avoir une influence décisive sur la solution heureuse de la maladie (1) ».

Pour démontrer ce fait, j'avais réuni dix observations dans lesquelles la guérison avait été précédée de suppurations abondantes : — Plaies nombreuses développées sur diverses parties du corps ; — abcès du foie ; — abcès des jambes ; — écoulement purulent des oreilles ; — éruption de furoncles qui avaient beaucoup suppuré ; — œdème aigu des jambes avec eschares ; — eschares développées sur diverses parties du corps.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1858.

Dans deux cas, la guérison s'était produite à la suite de l'amputation de la cuisse.

Depuis 1858, on peut trouver dans les recueils un grand nombre de faits tendant à démontrer l'influence heureuse des suppurations sur les rémissions, les guérisons temporaires ou définitives de la folie paralytique. On a aussi publié sur ce sujet plusieurs travaux spéciaux.

Il est remarquable que, dans certains cas même, la maladie s'arrête et rétrograde, alors qu'on aurait pu prévoir une mort prochaine.

« Des sujets *couverts d'eschares,* dit Marcé, gâteux arrivés à un état de marasme et d'épuisement profond, ne pouvant se soutenir sur leurs jambes et dans un état de démence complète, ont été vus reprenant des forces, parlant plus librement, récupérant même la plus grande partie de leurs facultés intellectuelles, et se sont soutenus dans cet état pendant des années entières. Bien plus, quelques faits font exception à la règle générale qui veut que toute rémittence soit suivie d'une rechute et d'une terminaison fatale.

« Dans un cas signalé par M. Ferrus et cité par M. Lasègue, le malade, qui était dans un état cachectique des plus fâcheux, eut une rémittence complète et sa guérison se maintint pendant vingt-cinq ans (1). »

Il importe de faire remarquer que les malades dont parle Marcé et chez lesquels s'opèrent de si étonnantes transformations étaient couverts d'eschares et que ces eschares n'ont guéri qu'après avoir entretenu une suppuration plus ou moins abondante.

Dans le cas observé par Ferrus et que rappelle aussi Marcé, le malade n'était pas seulement dans l'état cachec-

(1) Marcé. *Traité des maladies mentales,* p. 444

tique le plus fâcheux ; mais, en outre, « des eschares avaient creusé la peau au-dessous des saillies osseuses. »

Je pourrais ajouter ici un assez grand nombre d'observations à celles que j'ai publiées en 1858; je me borne à en citer deux qui me paraissent offrir, bien qu'à un point de vue différent, un certain intérêt.

Une femme d'environ trente ans fut amenée à la Salpêtrière avec tous les symptômes d'une paralysie générale au début : délire des grandeurs très actif, hésitation dans la parole, inégalité des pupilles.

Après quelques mois, on put croire à l'existence de la démence; la malade avait pris de l'embonpoint; elle était dans une sorte d'hébétude, avait les traits relâchés, le regard sans expression, la mémoire très affaiblie. Il était facile, en l'interrogeant, de reconnaître que les idées de grandeur persistaient encore : elle avait des millions, beaucoup de diamants, etc.

Après quatre mois de séjour à l'asile, une tumeur se développe peu à peu à la région dorso-lombaire; cette tumeur avait au moins 25 centimètres de diamètre : c'était un vaste abcès froid, qui bientôt s'ouvrit spontanément. Il s'écoula une énorme quantité de pus. Cet abcès guérit lentement; mais peu à peu, sous l'influence de cette suppuration abondante, on vit l'état mental s'améliorer. La physionomie reprit de l'expression; la mémoire revint et bientôt la malade se remit au travail.

Les règles, supprimées depuis huit mois, reparurent, et cette femme put sortir de l'hospice après y être restée dix mois; elle avait alors parfaitement conscience de son état, et ne conservait aucune trace de délire ni aucun signe de paralysie.

Peut-être cependant pouvait-on soupçonner un léger affaiblissement intellectuel.

La malade dont je viens de rapporter l'observation offrait des symptômes graves de démence, et la suppuration qui a précédé la guérison a été extrêmement abondante; c'est à ce double point de vue que ce fait m'a paru intéressant.

Dans la seconde observation, l'accès de folie paralytique, au lieu de se terminer par la démence paralytique ou par la guérison, se termine par la démence simple sans aucune trace de paralysie; ce mode de terminaison relativement favorable, est rare et semble ici devoir être attribué à une suppuration assez longue qui a été la conséquence d'un phlegmon diffus de l'avant-bras.

M. Julien, âgé de trente-deux ans, est entré dans un asile privé le 17 avril 1856. Depuis longtemps il faisait des excès alcooliques, buvait beaucoup de bière et d'absinthe. Les premiers symptômes d'aliénation mentale avaient été remarqués dix jours avant son entrée; il avait alors commencé à déraisonner et à commettre des actes extravagants.

A son entrée, le malade est peu agité et paraît se rendre, jusqu'à un certain point, compte de son état. Pas d'inégalité des pupilles; pas de tremblement dans la parole; à chaque instant, marques de contentement et de satisfaction non justifiées; hallucinations de la vue. Les jours suivants, état d'apathie et d'indifférence; le malade semble avoir oublié le passé et ne conserver qu'un sentiment confus de sa situation, répétant toujours les mêmes phrases, ne se livrant à aucune occupation.

Pendant le mois de juin survint une excitation maniaque avec délire ambitieux très prononcé. De temps en temps,

embarras de la parole, tremblements dans les muscles de la face; malpropreté; l'intelligence s'affaiblit; la paralysie générale semble se confirmer. Au bout de quatre mois, l'agitation disparaît; la tenue est meilleure.

Dans le courant du mois de novembre, congestion cérébrale très grave; il y eut quelques convulsions au début, suivies d'un état comateux qui s'est prolongé pendant deux jours. Une saignée fut pratiquée et devint le point de départ d'un phlegmon diffus de l'avant-bras. On dut faire plusieurs incisions, et la guérison n'eut lieu qu'après trois semaines d'une suppuration assez abondante.

On pouvait s'attendre, après cette congestion cérébrale si intense, à voir les symptômes s'aggraver; mais c'est le contraire qui a eu lieu, car, de ce moment, on observe une rémission très marquée. M. Julien s'occupe, lit son journal; ses idées sont plus nettes, mais il se préoccupe de sa santé; il se plaint d'avoir la bouche mauvaise, de ne pas aller à la selle et de ne point dormir suffisamment. Parfois, il manifeste la crainte d'être reconduit dans la section des agités, où il avait d'abord dû être placé.

Cette rémission dura jusqu'au 2 février 1857. Ce jour-là, dans l'après-midi, M. Julien paraît menacé d'une nouvelle congestion cérébrale : tête lourde, engourdissement général (lavements purgatifs et sinapismes). Les symptômes se dissipent en quelques heures, mais l'intelligence reste très troublée. Pendant la nuit, le malade voulait se lever, disant qu'il faisait grand jour, que quelqu'un l'attendait dehors; il avouait lui-même que sa tête était en fermentation, qu'une foule d'idées se pressaient dans son cerveau.

Assez souvent il lui arrive de salir son pantalon plusieurs fois dans la même journée. Les hallucinations de la vue persistent. Le délire hypochondriaque s'ajoute aux autres

symptômes. M. Julien accuse un surveillant de lui avoir mis un couvercle de pot dans l'anus; il refuse parfois de manger, sous prétexte que ce pot ne lui a pas encore été retiré.

Il parle très bas, faisant comprendre qu'il ne peut plus ouvrir la bouche. On parvient difficilement à lui faire accepter de la nourriture : il porte fréquemment la main au cartilage thyroïde, comme s'il sentait là réellement un corps étranger.

Ce refus d'aliments et ce mutisme durèrent jusqu'au mois d'avril. A partir du mois suivant, le malade redevint malpropre. Vers la fin de cette année et au commencement de l'année 1858, l'agitation reparut par intervalles; M. Julien est irascible, menaçant et commet même quelques actes de violence.

Depuis neuf ans, le malade est tombé peu à peu dans un état profond de démence; il est très calme, très doux, parle rarement et à voix basse.

Les sentiments affectifs semblent éteints. J'ai pu souvent m'assurer qu'au milieu de cet état de démence M. Julien conservait encore quelques rares idées de grandeur.

Du reste, nul signe de paralysie.

Comme on le voit, chez ce malade, le délire ambitieux et, plus tard, le délire hypochondriaque, l'embarras passager de la parole, des signes de démence suffisaient pour faire admettre l'existence de la paralysie générale; mais celle-ci, dont une grave congestion cérébrale semblait devoir accélérer la marche, s'arrête, au contraire, et, au lieu de se terminer par une démence paralytique qui eût plus ou moins rapidement entraîné la mort, s'est terminée par une démence simple sans aucun symptôme paralytique. Peut-être pourrait-on objecter que la maladie est, ici, d'origine alcoolique ; mais s'il est vrai que, dans les cas de ce

genre, le pronostic est un peu moins grave, il n'en convient pas moins d'ajouter que la terminaison par la démence paralytique est encore très à redouter.

Il importe de faire remarquer que l'influence heureuse de la suppuration sur la marche de la folie paralytique peut fournir des indications pour le traitement; elle explique les bons effets qu'on a quelquefois obtenus par l'emploi du séton, des cautères et des moxas.

X

DES RAPPORTS

DU

DÉLIRE HYPOCHONDRIAQUE

ET DU DÉLIRE AMBITIEUX

SUCCESSION OU COEXISTENCE DE CES DEUX DÉLIRES CHEZ LES MÊMES MALADES

Rien de mieux démontré, depuis les travaux de Bayle, que les liens très étroits qui unissent le délire des grandeurs à la péri-encéphalite chronique.

C'est assurément un fait très curieux que cette relation de certaines conceptions délirantes avec des lésions organiques spéciales ; mais ce fait est depuis longtemps hors de toute contestation (1).

Les conceptions délirantes ambitieuses s'observent surtout chez les malades en proie à des accès d'excitation

(1) En 1837, j'inscrivais la proposition suivante à la fin de ma thèse inaugurale :

« Les aliénés atteints de paralysie générale ont presque tous des idées de grandeur. Après la mort, on trouve le plus souvent chez eux des adhérences des membranes aux circonvolutions cérébrales. C'est le seul cas où une certaine forme de délire concourt au diagnostic d'une altération particulière du cerveau. Ce fait m'a paru le plus curieux dans l'étude des maladies mentales. »

maniaque, et le pronostic, par le seul fait de l'existence du délire des grandeurs, devient, comme on le sait, beaucoup plus grave.

J'ai essayé de démontrer qu'il existe des accès de mélancolie, auxquels certaines conceptions délirantes hypochondriaques impriment aussi un caractère exceptionnel de gravité.

Ces conceptions délirantes se représentent presque toujours les mêmes ; les malades, comme je l'ai indiqué, en 1860, dans mon mémoire, prétendent que leurs organes sont changés, obstrués ou même détruits ; que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein; ils n'ont plus de bouche, plus de ventre, plus de sang et refusent obstinément toute nourriture.

D'autres soutiennent qu'ils ne peuvent plus ouvrir ni les yeux ni la bouche ; qu'ils ne peuvent plus aller à la selle ni uriner, etc.

Les conceptions délirantes que je viens de rappeler ont, à mon avis, chez les mélancoliques, la même valeur diagnostique et pronostique que le délire des grandeurs dans les accès de manie.

Ce fait a d'abord été contesté; mais les observations sont devenues si nombreuses qu'il est, je crois, désormais généralement admis.

Cependant, s'il en était autrement, il y a un ordre d'observations qui, à mon avis, ne peut laisser aucun doute sur la solution de la question.

Je veux parler des cas où le délire ambitieux et le délire hypochondriaque se succèdent ou s'observent simultanément chez les mêmes malades.

Il arrive souvent que l'excitation maniaque avec délire des grandeurs est remplacée par un état mélancolique. Or, on peut prédire avec les plus grandes chances de probabi-

lité que les conceptions délirantes du malade seront de nature hypochondriaque.

De même si, chez un autre malade, la mélancolie hypochondriaque est remplacée par l'excitation maniaque, on peut également prédire, comme très probable, l'apparition des conceptions délirantes ambitieuses.

Il n'est pas rare de voir sortir des asiles des malades guéris d'un accès de manie ambitieuse, mais qui, six mois, une année après, sont ramenés dans un état de mélancolie. Or, dans la très grande majorité des cas, s'ils ont des conceptions délirantes, on constatera que ces conceptions sont de nature hypochondriaque.

Les deux délires, bien que de nature très différente, sont donc unis par des liens très étroits.

Quelle meilleure preuve pourrait-on invoquer pour démontrer que le délire hypochondriaque est, comme le délire ambitieux, un signe précurseur ou un symptôme de la paralysie générale.

Sans doute, l'excitation maniaque ambitieuse est beaucoup plus fréquente que la mélancolie hypochondriaque; sans doute encore, le délire ambitieux expansif et bruyant est bien plus facile à constater que le délire hypochondriaque, les malades étant plongés dans un état de stupeur et de mutisme, mais cela ne change rien à la valeur diagnostique et pronostique de ce dernier délire, qui n'en reste pas moins la même que celle du délire des grandeurs.

Il y a donc deux ordres de conceptions délirantes ou, si l'on veut, *deux délires spéciaux*, qui ont avec la péri-encéphalite chronique les liens les plus étroits. La meilleure preuve qu'on puisse invoquer pour démontrer que ces deux délires doivent être envisagés de la même manière dans leurs rapports avec la paralysie générale est, à mon avis,

leur succession ou leur existence simultanée chez les mêmes malades.

Il me semble qu'il n'y a point, en pathologie mentale, d'autres faits de même nature (1).

Ces deux délires de nature différente, annonçant comme très probable, dans les accès de manie ou de mélancolie, la terminaison par la démence paralytique, sont donc, à mon avis, un fait clinique très intéressant.

Les cas dans lesquels on voit le délire des grandeurs et le délire hypochondriaque se succéder ou coexister chez le même malade sont si nombreux qu'il me paraît inutile de rappeler ici aucune observation.

Mon seul but, dans cette note, a été de démontrer que le délire des grandeurs et le délire hypochondriaque ont, avec la paralysie générale, des rapports de même nature; c'est ce qui leur imprime à tous les deux un caractère véritablement spécial (2).

(1) On a démontré que le délire des persécutions est très souvent suivi d'un délire ambitieux qui constitue une période avancée de la maladie, mais les rapports du délire hypochondriaque et du délire ambitieux sont tout autres.

Selon la forme mélancolique ou maniaque que revêt la maladie à son début, c'est tantôt le délire hypochondriaque, tantôt le délire ambitieux qui précède. Les deux délires, dans certains cas, peuvent même alterner chez le même malade.

(2) On a beaucoup critiqué la dénomination de délire spécial, et, au point de vue purement grammatical, cette critique peut être juste. Il est bien vrai que le délire hypochondriaque n'est pas constant dans la mélancolie paralytique, pas plus, d'ailleurs, que le délire ambitieux dans la forme maniaque de la paralysie générale. Mais tout en reconnaissant que ces deux délires ne sont pas constants dans les manies ou dans les mélancolies paralytiques, il n'en est pas moins certain que, par le fait de leur très grande fréquence, ils ont une importance diagnostique et pronostique incontestable; c'est en me plaçant à ce point de vue, et non au point de vue purement grammatical, que j'ai cru pouvoir dire que le délire hypochondriaque, comme le délire des grandeurs, est un délire spécial.

QUATRIÈME PARTIE

I

THÉORIE

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

C'est Bayle qui, au début des recherches sur la paralysie générale, a fait du délire des grandeurs l'un des symptômes essentiels de cette maladie qu'il a désignée par la dénomination de *monomanie ambitieuse avec paralysie*.

Cet auteur n'a connu qu'une seule forme de la paralysie générale, celle qu'on appelle la forme expansive; elle est de beaucoup la plus fréquente, et on la considère encore aujourd'hui comme le véritable type de la maladie.

Bayle distinguait, dans la monomanie ambitieuse avec paralysie, trois périodes, caractérisées par l'excitation maniaque, la manie et la démence; mais les deux premières ne sont que deux degrés d'un même état et doivent être réunies en une seule. La forme expansive de la paralysie

générale ne comprend donc, en réalité, que deux périodes ; la période de manie et la période de démence.

Il m'a paru, il y a bien longtemps déjà, que cette manière d'envisager la paralysie générale soulève de graves objections et qu'un grand nombre de faits cliniques deviendraient beaucoup plus faciles à expliquer si la manie ambitieuse, au lieu d'être regardée comme une période de la paralysie générale, était admise comme une vésanie spéciale qui la précède ou la complique.

J'ai donc essayé de démontrer que, quand la manie ambitieuse est suivie de démence paralytique, il y a succession, non de deux périodes de la même maladie, mais de deux maladies d'une nature différente.

C'est la théorie qu'on peut appeler *dualiste* et que j'ai proposé de substituer à la théorie *unitaire* de Bayle.

L'examen et la discussion de ces deux théories sont l'objet de ce travail.

THÉORIE UNITAIRE

On sait qu'Esquirol considérait la paralysie générale comme une complication ou une terminaison de la folie.

Il admettait donc qu'il y avait toujours, simultanément ou successivement, chez l'aliéné paralytique deux maladies différentes : la folie et la paralysie générale.

Cette doctrine a été abandonnée et remplacée par celle de Bayle, généralement admise encore aujourd'hui.

Cet auteur a essayé de démontrer que les symptômes de paralysie ne s'observent pas indifféremment dans toutes les espèces de folie, comme le croyait Esquirol, mais seulement dans les folies avec prédominance de délire ambitieux.

Non seulement, pour lui, ces folies ambitieuses seraient

les seules qui se termineraient par la paralysie générale, mais cette terminaison devrait pour ainsi dire être regardée comme fatale.

Il y avait donc, d'après Bayle, un rapport intime entre la folie ambitieuse, d'une part, et les symptômes de paralysie, de l'autre. — Cela établi, il a cru pouvoir réunir les deux ordres de faits pour constituer une seule et même unité morbide à laquelle il a donné, comme il a été dit plus haut, la dénomination de *monomanie ambitieuse avec paralysie*, dénomination que Parchappe a remplacée plus tard par celle de *folie paralytique*, encore employée aujourd'hui.

La démence, qu'elle existe ou non dès le début, ne manque jamais de survenir à une période plus ou moins avancée; elle est donc un symptôme constant de la paralysie générale.

Cette maladie, selon la théorie unitaire, aurait donc trois ordres de symptômes essentiels, se rapportant 1° *à la folie*; 2° *à la démence*; 3° *à la paralysie*.

D'après la doctrine d'Esquirol, la paralysie générale devant, dans beaucoup de cas, être regardée comme une terminaison de la folie, devenait ainsi souvent une maladie *secondaire*.

D'après la doctrine unitaire, au contraire, la folie avec prédominance du délire des grandeurs constituant la première période de la maladie, la paralysie générale devait toujours être regardée comme une maladie *primitive*.

Il importe de rappeler ici comment les partisans de la doctrine unitaire appliquent cette doctrine des paralysies générales primitives.

Il arrive assez souvent que le délire des grandeurs précède de plusieurs semaines, de plusieurs mois, ou même exceptionnellement de plusieurs années, les symptômes de paralysie.

M. Calmeil cite l'observation d'un malade, chez lequel le délire ambitieux fut observé pendant plus de trois ans, sans qu'on pût, dit-il, « constater chez ce malade la moindre désharmonie, le moindre signe de faiblesse dans les mouvements, » etc. C'est après ces trois années seulement qu'on put soupçonner l'existence d'un commencement de gêne dans la prononciation, et, quelques mois plus tard, le malade succombait à la paralysie générale.

Bayle rapporte une observation plus remarquable encore ; ce ne fut qu'après cinq années de folie ambitieuse bien caractérisée qu'apparurent les premiers symptômes de paralysie. Or, l'auteur n'hésite pas à regarder ces *cinq années* de folie ambitieuse comme la première période de la paralysie générale.

Il arrive quelquefois qu'un accès de manie avec prédominance de délire ambitieux se termine par la guérison, sans que le malade ait offert le moindre signe de paralysie ; mais après six mois, une année ou plus, on peut voir survenir les symptômes de la démence paralytique. Or, dans les cas de ce genre, bien qu'on n'aie pas observé de signes de paralysie pendant l'accès initial, cet accès n'en est pas moins considéré comme la première période de la périencéphalite chronique, et on ne voit là qu'un retard dans l'apparition d'un symptôme : c'est une pure question d'évolution.

Depuis les travaux de Bayle, on a reconnu que la première période de la paralysie générale peut revêtir une forme très différente de la manie ambitieuse. Cette forme est caractérisée par le délire mélancolique dans lequel dominent des conceptions délirantes de nature hypochondriaque. A côté de la forme maniaque ambitieuse, on admet donc désormais, et même comme fréquente, une forme mélancolique. Or, il arrive assez souvent que ces deux

formes se succèdent chez le même malade. Les partisans de la théorie unitaire dans ces cas, qui sont assez nombreux, font remonter le début de la maladie au début du premier accès, alors même que cet accès aurait été séparé du second par un état de guérison apparente plus ou moins long.

Il n'y a, là encore, pour eux, qu'une question d'évolution, non plus des symptômes, mais des formes de la maladie. Je me bornerai à citer un exemple emprunté à A. Foville :

M. J..., à la suite de grandes fatigues et de préoccupations pécuniaires, a eu un *accès de délire mélancolique* qui n'a duré que quelques semaines. Il paraissait fort bien rétabli, lorsque éclata, au *bout de huit mois*, sans cause occasionnelle, un *accès de grande agitation maniaque avec délire ambitieux*, diffus et incohérent, mais *sans embarras de la parole*. Ces accidents aigus ne durèrent que quinze jours et M. J..., bien qu'ayant encore des idées de satisfaction sans motifs, paraissait en *convalescence*, lorsque survinrent coup sur coup plusieurs accès épileptiformes. On put alors constater chez M. J... de l'embarras de la parole et un état d'hébétude.

A la suite de cette observation, Foville ajoute : « Il est bien certain qu'il n'y a eu là qu'une maladie; il convient même, dit-il, de rattacher à cette affection *unique* la période de dépression mélancolique du début. »

Ainsi, voilà un malade qui a d'abord un accès de *délire mélancolique*, dont il a guéri après quelques semaines.

Au bout de huit mois, alors qu'il paraissait fort bien rétabli, il est pris tout à coup d'un *accès maniaque avec délire ambitieux*, mais sans embarras de la parole. Ce second accès, d'une nature très différente, semble guérir encore au bout de quinze jours; mais, pendant la *convales-*

cence, surviennent des attaques épileptiformes, et alors commence la démence paralytique.

Les deux premiers accès sont considérés ici, par Foville, comme le début de la périencéphalite chronique, et il n'y a dans tout cela, comme il le dit, qu'une *affection unique*.

Cette doctrine de la paralysie générale, considérée comme maladie primitive a été formulée par Trélat d'une façon très absolue : « Tel aliéné, dit-il, est devenu paralytique, donc il l'était depuis le début de sa maladie. »

D'après la théorie unitaire, le délire n'étant qu'un symptôme de la paralysie générale, est rattaché directement, par les partisans de cette doctrine, à la périencéphalite chronique dont il serait un symptôme direct.

C'est ainsi que M. Calmeil l'attribue principalement à l'état d'inflammation permanent où se trouve elle-même la substance corticale des hémisphères cérébraux. « Nous ne comprenons point, ajoute-t-il, cela est évident, d'où vient la liaison qui existe si fréquemment entre la production des idées délirantes et l'existence de l'état phlegmasique de l'élément nerveux, mais nous sommes au moins forcés de reconnaître que cette liaison n'est que trop certaine. »

On peut dire, il est vrai, qu'il ne s'agit ici que de l'état inflammatoire à son début et n'ayant point encore produit les altérations de structure dont la démence et la paralysie seront plus tard l'expression symptomatique; mais la théorie n'en reste pas moins la même. Le délire maniaque ou mélancolique continue à être considéré comme le symptôme d'une phlegmasie déjà déclarée et dont l'évolution est désormais en quelque sorte fatale.

Telle est la doctrine unitaire; elle me paraît pouvoir être résumée par les propositions suivantes :

1° La paralysie générale a trois ordres de symptômes

essentiels, se rapportant : 1° à la folie; 2° à la démence; 3° à la paralysie.

2° La paralysie générale est une *folie paralytique* et, au point de vue nosologique, elle doit être placée dans la classe des folies (Bayle, Parchappe, Jules Falret).

3° La paralysie générale est une maladie primitive.

4° Les symptômes de la paralysie générale (délire, démence et paralysie) doivent être rapportés à une periencéphalite, prédominant dans les circonvolutions des lobes antérieurs.

THÉORIE DUALISTE

D'après l'opinion généralement admise aujourd'hui, on devrait, comme il a été dit plus haut, distinguer dans la paralysie générale deux périodes principales :

Une période de *manie*, caractérisée par le délire ambitieux, par l'hésitation de la parole et le plus souvent par l'inégalité des pupilles.

Une période de *démence* avec symptômes de paralysie.

Selon la théorie dualiste, ces deux prétendues périodes devraient être considérées comme deux maladies distinctes ayant chacune leur existence propre.

Je vais, à l'appui de cette théorie, essayer de démontrer les faits suivants :

I

La paralysie générale existe à l'état de simplicité; n'étant ni précédée de manie ambitieuse, ni associée à cette maladie, elle n'est alors caractérisée que par les seuls symptômes de démence et de paralysie.

II

Il existe une vésanie spéciale qu'on a désignée sous la dénomination de pseudo-paralysie générale et qui,

indépendante de la paralysie générale, est en même temps très distincte des folies simples.

Cette vésanie pour laquelle j'ai proposé la dénomination de folie paralytique s'observe sous deux formes principales : la forme maniaque avec délire des grandeurs et la forme mélancolique avec délire hypochondriaque.

Dans les deux cas, les malades ont, le plus souvent, des troubles de la parole et de l'inégalité des pupilles(1).

III

La manie paralytique qui, comme la manie simple, peut se terminer par la guérison ou par la démence simple sans paralysie, est assez souvent suivie de paralysie générale; elle n'en doit pas moins, dans ce cas, être considérée comme une vésanie distincte.

IV

La manie paralytique éclate souvent au début ou dans le cours de la paralysie générale; elle n'est alors qu'une complication de cette maladie.

V

Dans les cas nombreux où la manie paralytique ne guérit pas et se termine directement par la paralysie générale, elle doit être considérée non comme une pé-

(1) Tout le monde est d'accord pour reconnaître que la démence est un symptôme constant et essentiel de la paralysie générale, et que le délire, au contraire, manque dans un assez grand nombre de cas. C'est donc avec raison qu'on remplace aujourd'hui la dénomination de folie paralytique par celle de *démence paralytique.*

J'espère démontrer que les pseudo-paralysies générales sont assez souvent suivies de paralysie générale vraie, et c'est surtout en me basant sur ce fait, qui aggrave beaucoup le pronostic, que j'ai cru devoir proposer la dénomination de *folie paralytique.*

Comme il a été dit plus haut, la forme maniaque est de beaucoup la plus fréquente, et, pour simplifier l'exposé des faits qu'on peut invoquer à l'appui de la théorie dualiste je ne m'occuperai ici que de cette forme maniaque.

riode de cette maladie, mais comme une vésanie spéciale dont la paralysie générale n'est qu'un mode de terminaison.

I

PARALYSIE GÉNÉRALE PRIMITIVE ET SIMPLE

La paralysie générale existe à l'état de simplicité; n'étant ni précédée de manie ambitieuse ni associée à cette maladie, elle n'est alors caractérisée que par les seuls symptômes de démence et de paralysie.

Les premiers auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale et, depuis lors, tous ceux qui les ont suivis, ont signalé la démence comme un symptôme constant et essentiel de la maladie.

Mais si tout le monde est d'accord sur ce point, on ne l'était pas moins pour accorder une importance égale au délire.

En outre, comme ce dernier symptôme prédomine pendant les premières périodes, et qu'alors il remplit pour ainsi dire toute la scène, c'est lui qu'on avait adopté pour fixer la place de la paralysie générale dans le cadre nosologique. Comme je l'ai dit plus haut, la paralysie générale n'était, pour Bayle, qu'une espèce particulière de folie : *la monomanie ambitieuse avec paralysie.*

On avait bien, il est vrai, observé quelques faits de paralysie générale dans lesquels le délire avait manqué; mais ces faits n'avaient guère fixé l'attention, et, comme l'a fait remarquer Foville, ils n'avaient « été reconnus, dans le principe, qu'à titre de rare exception ». Bayle lui-même, qui en avait rencontré quelques-uns, disait alors que la première période de la maladie avait manqué.

La paralysie générale, devenue ainsi une *folie paralytique*,

avait donc, comme il a été dit, trois ordres de symptômes essentiels, se rapportant : 1° au délire; 2° à la démence; 3° à la paralysie; elle constituait ainsi, selon l'expression de M. le professeur Ball, une *trilogie*.

Telle est la doctrine que j'ai essayé de combattre dans mes premiers travaux sur la paralysie générale.

Je me suis efforcé de démontrer qu'il y a des cas assez nombreux de paralysie générale sans délire, et que, par conséquent, ce symptôme ne pouvait continuer à être considéré comme essentiel. La maladie, réduite ainsi à deux ordres de symptômes (démence et paralysie), devait donc cesser d'être regardée comme une espèce de *folie ;* elle devenait uniquement et essentiellement une *démence paralytique*.

En 1846, je définissais la paralysie générale « *une maladie apyrétique, ordinairement de longue durée, principalement caractérisée par l'embarras de la parole, la paralysie progressive des membres et par la démence* ».

Cette définition, comme on le voit, ne mentionnait pas le *délire,* mais uniquement les symptômes *de démence et de paralysie*.

En mai 1847, je publiais une note, dont les deux dernières conclusions étaient les suivantes :

1° Que, dans la paralysie générale, la folie n'est qu'un *phénomène secondaire,* existant le plus souvent, mais pouvant manquer dans un grand nombre de cas;

2° Que la paralysie générale doit être *complètement séparée de la folie* et regardée comme une maladie spéciale indépendante.

Cette opinion était basée sur des observations déjà assez nombreuses, recueillies à la Salpêtrière, où l'on amenait souvent, dans mon service, des femmes atteintes de démence paralytique à un degré avancé, mais sans conceptions déli-

rantes. Quelques-unes de ces femmes sortaient des hôpitaux où elles avaient séjourné longtemps; d'autres n'avaient été séquestrées que parce qu'elles se perdaient dans les rues et que leur mémoire était si affaiblie que parfois elles ne pouvaient plus même indiquer leur domicile.

Des recherches, faites dans les hôpitaux ordinaires par Lunier, lui ont permis de recueillir des observations semblables, qui n'ont fait que confirmer l'opinion que j'avais émise, à savoir que la paralysie générale existe assez souvent sans délire et qu'elle constitue une maladie spéciale, indépendante de la folie.

Depuis lors, je n'ai jamais cessé de défendre cette opinion.

Dans la longue discussion qui eut lieu à la Société médico-psychologique en 1859, après avoir essayé de démontrer combien il était difficile aux partisans de la doctrine unitaire de bien délimiter la maladie, je m'exprimais de la manière suivante : « Au contraire, dans l'ordre d'idées que je m'efforce de faire admettre, la maladie est très nettement circonscrite. Non seulement, la folie ne lui sert plus de dénomination, mais elle cesse d'en être un symptôme constant. La paralysie générale existe souvent sans folie, et le délire n'en est point un symptôme pathognomonique. Restent seulement les signes de démence et de paralysie. *La paralysie générale n'est donc essentiellement qu'une démence paralytique.* »

La paralysie générale, dans le cadre nosologique, me paraissait donc devoir être séparée de la classe des folies, où les travaux de Bayle, de Parchappe, de M. Jules Falret, etc., l'avaient maintenue, pour être placée dans la classe des *démences paralytiques*.

Cette opinion, que la paralysie générale n'a que deux ordres de symptômes essentiels, est admise aujourd'hui par

le plus grand nombre des auteurs. Je me bornerai à rappeler ici le passage suivant, emprunté au *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (1878) : « La paralysie générale, dit Foville, est caractérisée par un ensemble de symptômes, dont les uns, *fondamentaux, constants*, consistent dans l'affaiblissement progressif de l'intelligence et de la motilité (*démence et paralysie*), et les autres, complémentaires, *accessoires*, souvent temporaires, consistent dans la perversion des mêmes fonctions (*délire ambitieux, hypochondriaque, instinctif*, contractures, spasmes, convulsions).

Ainsi, il n'y a, dans la paralysie générale, que deux ordres de symptômes constants et fondamentaux (*démence* et *paralysie*).

Le délire est un *symptôme accessoire.*

Tout le monde reconnaît aujourd'hui qu'il y a des cas assez nombreux de paralysie générale sans délire, et M. Charcot en citait récemment un curieux exemple dans lequel la maladie avait été précédée de *migraine ophtalmique*. M. Charcot ajoutait, à la suite de cette observation, qu'il s'agissait là d'un *cas vulgaire et des plus classiques.*

Désormais, la dissidence ne porte plus sur ce point ; elle consiste en ceci :

On admet généralement que cette démence paralytique sans délire n'est que l'une des formes de la paralysie générale (forme démente, forme paralytique).

« Cette forme, dit Foville, la plus simple et l'une des plus fréquentes, bien que l'existence n'en ait été reconnue dans le principe qu'à titre de rare exception et que plusieurs des ouvrages les plus récents ne lui fassent encore qu'une part bien étroite, est celle qu'on peut désigner sous le nom de *démence paralytique primitive*. »

Je crois que cette démence paralytique primitive n'est pas

seulement l'une des formes de la maladie, mais le type de la maladie elle-même.

Les autres formes, et en particulier les formes vésaniques (forme maniaque et forme mélancolique), devraient être considérées comme des formes compliquées.

La paralysie générale, ainsi envisagée et réduite à ce type vulgaire et classique de la démence paralytique, est, comme on le sait, une maladie chronique d'un aspect uniforme dont la marche est lente et progressive et qui est toujours incurable.

En résumé, de tout ce qui précède je crois pouvoir conclure :

1° Que la paralysie générale *n'est essentiellement qu'une démence paralytique*.

2° Qu'elle n'a pas trois ordres de symptômes essentiels (délire, démence et paralysie), qu'elle n'en a que deux (démence et paralysie).

3° Qu'au point de vue nosologique, elle doit être placée non dans la classe des *folies*, mais dans celle des *démences paralytiques*.

II

MANIE PARALYTIQUE INDÉPENDANTE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

La manie paralytique, caractérisée par le délire des grandeurs, par l'hésitation de la parole et le plus souvent par l'inégalité des pupilles, est une vésanie spéciale ayant son existence propre et tout à fait indépendante de la paralysie générale.

C'est dans un mémoire publié en 1858 que j'ai essayé de démontrer que la manie ambitieuse avec troubles de la

parole devait être regardée comme une vésanie spéciale et tout à fait indépendante de la paralysie générale.

Cette opinion n'a été admise que par un petit nombre d'auteurs. Mais, dans ces dernières années, on a publié sous la dénomination de *pseudo-paralysies générales* des faits qui peuvent être invoqués à l'appui de l'opinion que j'avais émise en 1858.

Dans les pseudo-paralysies générales à forme vésanique, comme dans les manies paralytiques, on constate, en effet, tous les symptômes psychiques et somatiques des premières périodes de la paralysie générale, et cependant les malades guérissent ou tombent dans la démence simple sans paralysie. Ils n'étaient donc point atteints de périencéphalite, ce qui explique la dénomination de *pseudo-paralytiques* par laquelle on les a désignés.

Les faits qu'on peut invoquer pour démontrer que la folie paralytique a une existence qui lui est propre, en dehors de la paralysie générale, sont de plusieurs ordres que je vais successivement examiner.

I. — *Absence des lésions de la périencéphalite chronique chez des malades qui avaient offert les symptômes psychiques et somatiques des premières périodes de la paralysie générale.*

Parmi les observations de ce genre, l'une des plus remarquables est assurément celle qu'a recueillie Foville. Cet auteur, bien qu'il ait plus qu'aucun autre défendu la théorie unitaire, a dû cependant, en présence de l'observation qu'il avait recueillie, faire une restriction très importante.

Après avoir rappelé, en effet, que l'état mental du malade « avait été une démence avec prédominance d'un délire des grandeurs mobile, absurde et incohérent, état

mental qui, dit-il, est exactement celui de beaucoup d'aliénés paralytiques, et que cependant à l'autopsie on a pu constater l'absence des lésions anatomiques propres à la paralysie générale », Foville ajoute : « Qu'en conclure, sinon que l'existence de ces symptômes intellectuels n'est pas *fatalement* subordonnée à celle de ces lésions. »

M. Régis, de son côté, a tiré exactement la même conséquence des faits observés par lui, à savoir :

« Qu'il n'existe pas une relation *forcée absolue* entre les symptômes de la paralysie générale et les lésions propres à cette maladie. »

M. Mendel a conclu, comme Foville et comme M. Régis : « L'absence des altérations des vaisseaux capillaires démontre, dit-il, que ces altérations ne sont pas le point de départ *nécessaire* des symptômes de la paralysie générale. »

Je crois devoir faire remarquer que Foville n'a parlé que des symptômes psychiques de la maladie (délire ambitieux, diffus et incohérent, démence), tandis que M. Régis comprend en même temps les symptômes psychiques et somatiques ; mais il convient de rappeler que le malade de Foville présentait par moments un embarras de la parole parfaitement *identique* à celui de beaucoup d'aliénés paralytiques.

On doit se demander comment, dans les cas qui précèdent, on peut expliquer les symptômes psychiques et somatiques de la folie paralytique, puisqu'ils ne sauraient être rattachés aux lésions ordinaires de la périencéphalite chronique.

Foville s'est, en effet, posé cette question et, après avoir rappelé les signes de congestion que présentait habituellement son malade, il ajoute qu'on est conduit à admettre « que, *dans certains cas au moins*, les idées de grandeur, mobiles et incohérentes, diffuses, peuvent tenir à

un simple état de congestion de l'encéphale, sans les lésions propres à la folie paralytique ».

M. Régis, pour les pseudo-paralysies générales alcooliques, interprète les faits de la même manière que Foville. Il conclut en effet : « que de simples troubles circulatoires du cerveau sont susceptibles de déterminer l'apparition simultanée des symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale, y compris le cachet démentiel des conceptions délirantes, tout comme les lésions organiques habituelles ; avec cette différence, toutefois, que les symptômes de paralysie générale sont alors transitoires, comme les troubles fonctionnels qui leur ont donné naissance. »

Il importe aussi de rappeler ici ce qu'ont déclaré en 1883, au cours d'une discussion sur la paralysie générale, le professeur Westphal et M. Mendel.

Le premier « nie que l'encéphalite interstitielle soit caractéristique de la paralysie générale. *Elle peut*, dit-il, *faire défaut si complètement qu'on ne constate aucune altération pathologique des cellules nerveuses* ».

De son côté, M. Mendel, tout en soutenant que l'encéphalite interstitielle est la lésion de la paralysie générale, ajoute « que cela ne veut pas dire que *d'autres processus anatomopathologiques ne puissent se traduire par le tableau clinique de la paralysie générale*... » (*Archives de neurologie*).

Ainsi, les symptômes de la paralysie générale peuvent exister sans la périencéphalite. Ces symptômes peuvent être produits par des processus différents. C'est, en effet, ce que soutiennent les auteurs qui admettent l'existence des pseudo-paralysies générales, et ce que démontrent aujourd'hui un assez grand nombre d'observations.

II. — *Accès de folie offrant les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale, et qui se sont terminés par la démence simple sans paralysie.*

Un des meilleurs arguments qu'on puisse invoquer, pour prouver l'existence de la manie paralytique comme maladie indépendante de la périencéphalite chronique, est fourni par des accès offrant les symptômes des premières périodes de la paralysie générale et qui, cependant, se terminent par la démence simple sans paralysie.

Un malade entre dans un asile en proie à l'excitation maniaque avec délire ambitieux, diffus et incohérent, il offre de l'embarras de parole et de l'inégalité des pupilles : on ne balance pas à déclarer qu'il est atteint de paralysie générale. Mais voici qu'après trois ou quatre mois, l'agitation se calme, l'embarras de la parole disparaît et le malade tombe dans la démence. Il pourra vivre ainsi dix, quinze, vingt ans.

Ce malade, qu'on a regardé comme paralytique, était-il réellement atteint d'une périencéphalite chronique ? Peut-on admettre cette étrange transformation d'une paralysie générale en une folie chronique simple sans paralysie? A mon avis, la réponse à cette question ne saurait être douteuse. Dans tous les cas de ce genre, on a commis une erreur de diagnostic et le malade n'était pas atteint de périencéphalite chronique, mais simplement d'*une manie paralytique*, ou, si l'on veut, d'une *pseudo-paralysie générale.*

Dès 1858, j'ai invoqué cet argument pour démontrer l'existence des folies congestives indépendantes de la paralysie générale.

« Il est, disais-je, des sujets qui tombent dans la manie chronique, n'offrant plus ni le délire ambitieux, ni les si-

gnes légers de paralysie qui avaient marqué le début de la maladie. Un aliéné que j'ai observé, est resté neuf ans dans cet état, et, l'on avait tout à fait oublié les symptômes graves du début, quand ils reparurent tout à coup, à la suite d'une congestion cérébrale; la paralysie générale avec retour du délire ambitieux eut alors une marche très rapide et le malade succomba après deux mois. »

J'ajoutais plus loin :

« Comme mode de terminaison en dehors de la démence paralytique, je signalerai encore quelques cas de démence simple, avec ou sans persistance de délire ambitieux. »

Lorsque la manie paralytique se termine ainsi par la démence simple, il y a, comme on le voit, une véritable transformation. Les symptômes somatiques disparaissent, la maladie reprend les caractères d'une vésanie simple et, comme elle, se termine par la démence sans paralysie.

Marcé a vu quelques cas semblables, mais chez des malades qui avaient fait des excès alcooliques, et il ajoute qu'il est disposé « à regarder les faits de cette nature non comme de *véritables paralysies générales, mais comme des faits de démence alcoolique associée à des idées ambitieuses et à des troubles passagers de la motilité dus uniquement à l'intoxication spéciale* (1) ».

M. Westphal a signalé des faits du même genre. Après avoir décrit les troubles musculaires qui caractérisent la paralysie générale, il ajoute « que ces troubles peuvent parfois s'effacer ou *même disparaître complètement*, aussi bien les troubles du langage que ceux des extrémités et ceux des sphincters (2) ».

Il rapproche ces cas de ceux dans lesquels les malades,

(1) Marcé, *Traité des maladies mentales*, p. 445.
(2) Westphal, *Archives de psychiatrie*, 1868.

bien que jugés atteints de paralysie générale, d'après les troubles psychiques, succombent sans avoir présenté aucun symptôme du côté de la motilité. Ce sont ces deux ordres de faits qui constituent les paralysies générales qu'il appelle *latentes*.

Dans l'appendice à l'ouvrage de Griesinger, j'ai réuni six observations de manie paralytique terminée par la folie chronique ou par la démence simple; les recherches nécroscopiques ont été faites dans trois cas et les lésions ordinaires de la périencéphalite chronique n'ont pu être constatées (1).

Je crois qu'on pourrait réunir un assez grand nombre d'observations de ce genre, si l'on cherchait avec soin dans les asiles des malades qui ont été jugés, à leur entrée, atteints de paralysie générale et qui cependant y séjournent depuis plus de dix ans.

Il résulte d'une note qu'Archambault m'avait remise, qu'il avait trouvé à Charenton douze ou quinze malades admis dans l'établissement depuis plus de *dix ans* et qui avaient été désignés, à leur entrée, comme atteints de *paralysie générale* (2).

M. le Dr Lapointe, dans un rapport adressé par lui à la Société médico-psychologique, déclare qu'il a actuellement dans son asile plusieurs malades admis aussi depuis *dix*, *quinze* ou *vingt ans* et qui, à leur entrée, avaient été classés comme paralytiques (3).

Il y a peut-être des malades qui conservent des lésions du mouvement, et l'on peut, dans ces cas, dire que la paralysie générale est simplement arrêtée dans sa marche; mais il en est d'autres dans lesquels il ne reste que des

(1) Baillarger, *Appendice à l'ouvrage de Griesinger*, p. 726.
(2) *Ann. méd.-psych.*, 1858, t. IV, p. 422.
(3) *Ann. méd.-psych.*, 1882, t. VII, p. 121.

signes de démence, et c'est de ceux-là seulement que je veux parler.

M. Christian de son côté a, comme Archambault, trouvé à Charenton des malades qui avaient offert à leur entrée les symptômes de la paralysie générale et chez lesquels ces symptômes s'étaient dissipés, pour faire place à la folie chronique et à la démence.

« Je serais certainement dans l'exagération, ajoute-t-il, si je disais que tous les aliénés chroniques de mon service ont passé par là. Mais, si je voulais établir une statistique complète, on serait étonné, autant que je l'ai été moi-même, du grand nombre de fois où j'ai noté cette particularité. »

J'ai rapporté ailleurs plusieurs observations de M. Marandon de Montyel, qui démontrent aussi que des malades qu'on avait regardés, à leur entrée, comme atteints de paralysie générale sont tombés, plus tard, dans la démence simple sans paralysie.

Il est donc certain qu'il y a des malades qui, selon l'expression de M. Christian, ont traversé *une phase de paralysie générale* sans être réellement atteints de périencéphalite chronique.

S'il en était autrement, comment comprendre que la paralysie générale puisse se terminer par la démence sans paralysie, comme les simples vésanies ?

III. — *Accès de folie offrant les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale, et qui se reproduisent sous la forme intermittente.*

Dans le mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine, en 1854, sur la folie à double forme, je citais l'observation d'un malade dont le délire, pendant la période d'excitation,

ressemblait beaucoup à celui qui caractérise le début de la paralysie générale. Ce malade, en proie à une agitation très vive, « se croyait un esprit distingué, il faisait mille projets, dépensait beaucoup d'argent, achetait, empruntait sans s'inquiéter du paiement. »

Je n'ai alors établi aucun rapprochement entre la période d'excitation de la folie à double forme et la manie paralytique, et c'est en 1858 seulement que j'ai cité des observations pour démontrer la ressemblance de ces deux états.

Je concluais de ces observations que « *la manie ambitieuse, avec ou sans quelques signes de paralysie*, n'est assez souvent que l'une des phases de la folie à double forme (1)».

Depuis lors, d'autres faits ont démontré l'analogie très grande que la période d'excitation de la folie à double forme offre quelquefois avec la forme expansive de la paralysie générale à son début.

« Cette analogie, dit M. Régis, est telle, dans certains cas, que l'écueil n'est point évité et que des excités maniaques, atteints de folie à double forme, sont pris pour des paralytiques au début, non par des médecins ordinaires peu habitués à ces sortes d'examens, mais par des aliénistes qui passent pour des plus éminents. »

M. Régis cite ensuite l'observation d'un malade atteint de folie circulaire, qui était déjà à son septième accès et chez lequel la période d'excitation maniaque simule chaque fois le début d'une paralysie générale (2).

M. Doutrebente a observé à Sainte-Anne un malade chez lequel l'erreur de diagnostic ne fut rectifiée qu'à la suite de renseignements obtenus tardivement et qui ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'une folie à double forme, laquelle avait été prise pour une paralysie générale.

(1) *Ann. méd.-psych.*, t. IV (1858), p. 398.
(2) Régis, *Encéphale*, 1881, p. 689.

M. Ritti, dans sa monographie sur la folie à double forme, n'a pas manqué d'insister sur la manie ambitieuse, qui, dans certains cas, constitue la période d'excitation, et il a signalé les symptômes somatiques qui complètent quelquefois la ressemblance avec le début de la paralysie générale (1).

Je me bornerai à rappeler quelques faits.

M. Ball a observé un malade atteint de folie à double forme, qui, pendant la période d'excitation, « ne parlait que d'affaires grandioses : il veut se livrer à des spéculations considérables et faire des libéralités, des aumônes, des dons... Il roulait de vastes projets dans sa tête, il *voulait faire de l'or*, renverser le clergé, rendre tous les pauvres heureux. »

Il offre un léger *embarras de la parole* et une *inégalité très marquée des pupilles.*

En outre, agitation très vive, besoin incessant de mouvement, excitation génésique, excès alcooliques. « Si l'on ne connaissait l'histoire de cet homme, dit M. Ball, on pourrait le prendre pour *un paralytique général au début;* mais, ajoute-t-il, voilà *vingt-deux ans que cela dure*, et la paralysie se serait depuis longtemps manifestée (2). »

Il est bien évident qu'il n'y a pas ici de périencéphalite chronique, mais simplement une vésanie caractérisée par des symptômes spéciaux (délire des grandeurs; hésitation de la parole, inégalité des pupilles).

Les symptômes paralytiques dans la folie à double forme peuvent ne se présenter que dans la période de dépression et revêtir alors les caractères les plus graves. C'est ce que prouve l'observation suivante :

(1) Ritti, *Traité de la folie à double forme*, p. 150.

(2) Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, p. 326. — Voir aussi les observations réunies par M. Ritti et celles que j'ai publiées dans l'appendice de l'ouvrage de Griesinger.

« Chez un de nos malades atteint de paralysie générale, consécutive à une *monomanie ambitieuse* qui a éclaté à la suite de désordres de conduite de toute nature, nous observons depuis *trois ans*, dit Renaudin, une singulière intermittence dont nous ne nous rappelons pas avoir encore vu d'exemple. Tantôt la paralysie générale paraît être arrivée au dernier degré, on ne peut tenir le malade que dans son lit ou sur un fauteuil ; la démence est complète ; il ne reconnaît aucune des personnes qui l'entourent ; d'embarrassée qu'elle était d'abord, la prononciation est devenue impossible. Le malade laisse aller ses excréments, qui s'échappent à son insu ; il faut lui présenter ses aliments, parce que les mouvements de préhension sont devenus impossibles, et des congestions cérébrales fréquentes mettent à chaque instant sa vie en danger. Il faut souvent recourir soit aux émissions sanguines, soit aux révulsifs. C'est surtout pendant l'hiver que nous observons cette situation fâcheuse ; dès que la saison devient plus favorable, cet appareil symptômatique disparaît peu à peu, et nous finissons par ne plus remarquer cette paralysie générale qui, peu de jours auparavant, nous donnait tant d'inquiétude. La réaction renaît et reprend une nouvelle énergie, et le dément du mois précédent redevient un monomaniaque ordinaire, *doué de toute la liberté de ses mouvements*, travaillant avec ardeur, soit à la culture, soit dans le service intérieur, *parlant avec facilité*, et laissant même jaillir à travers les erreurs de son délire les traits d'une intelligence peu ordinaire pour sa condition. Il est d'une propreté minutieuse, surveille attentivement ce que font les autres malades, et nous lui avons dû plus d'une fois des remarques très utiles (1). »

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1849, p. 180.

Comment doit-on interpréter une pareille observation? Les symptômes si graves de la période de dépression ne peuvent évidemment ici s'expliquer par les lésions organiques d'une périencéphalite arrivée à sa dernière période. Il suffit, pour le prouver, de rappeler que tous ces symptômes disparaissaient au printemps. Le malade, en effet, recommençait alors *à parler avec facilité, il recouvrait toute la liberté de ses mouvements et, en outre, faisait preuve d'une intelligence peu ordinaire pour sa condition.*

On ne peut donc admettre ici ni le ramollissement de la couche corticale, ni les processus sclérosiques qui ne rétrocèdent pas, etc.

Il y avait chez ce malade une dépression mélancolique profonde, poussée jusqu'à la stupeur et aggravée par des congestions cérébrales fréquentes.

La folie à double forme est une simple vésanie, mais n'est-il pas bien curieux de constater que, dans un certain nombre de cas, le délire, pendant la période maniaque, non seulement revêt les caractères du délire paralytique, mais même se complique de symptômes somatiques?

Ces cas de folie à double forme ne sont-ils pas une nouvelle preuve que les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale peuvent être tout à fait indépendants de la périencéphalite chronique et provoqués par de simples troubles circulatoires.

En dehors des cas rares où la période d'excitation de la folie à double forme reproduit d'une manière intermittente le tableau de la paralysie générale, on en peut citer d'autres qui excluent tout aussi complètement l'idée d'une périencéphalite chronique.

Le malade qui a fait le sujet de la leçon de M. le professeur Ball sur les pseudo-paralysies générales alcooliques

avait eu seize accès de folie alcoolique, caractérisés par le délire ambitieux, l'embarras de la parole et l'inégalité pupillaire.

« On comprend donc aisément, dit M. Ball, que ce malade ait été pris pour un paralytique général par les aliénistes les plus éminents, et cependant il ne l'était pas, et la preuve, c'est que chacune de ses seize séquestrations *s'est terminée par la guérison*. Douze ans se sont écoulés depuis sa première entrée, et il n'est pas plus avancé sur le chemin de la paralysie. C'est donc un alcoolique, mais un alcoolique d'une *espèce particulière* (1). »

Les seize accès de folie ambitieuse avec embarras de la parole, et qui se sont tous terminés par une guérison au moins temporaire, ne peuvent assurément être regardés comme l'expression symptomatique d'une périencéphalite chronique, mais ils ne peuvent davantage être assimilés aux folies alcooliques simples. Il s'agit donc bien réellement, comme le dit M. Ball, d'une *folie alcoolique d'une espèce particulière* et qu'il désigne sous la dénomination de *pseudo-paralysie générale alcoolique*.

Lunier a cité un autre fait de *pseudo-paralysie générale alcoolique*, qui mérite de prendre place à côté de celui de M. Ball.

Le malade avait eu en *vingt ans* cinq accès, séparés par des intervalles de plusieurs années, mais le dernier de ces accès s'était terminé par la démence paralytique.

M. le D[r] Legrain vient de publier une très curieuse observation de folie paralytique intermittente, dont les accès se sont reproduits cinq fois en quinze ans (1).

Les faits que je viens de rappeler sont certainement

(1) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, p. 682.
(2) Legrain.

exceptionnels; mais il suffit de lire les recueils d'observations pour trouver des cas qui s'en rapprochent.

Foville a vu un malade qui avait eu deux accès de paralysie générale (délire des grandeurs diffus et incohérent, embarras de la parole). Ces deux accès s'étaient terminés par la guérison. Le premier accès n'avait duré que quinze jours, le second six semaines. L'intervalle de guérison entre les deux accès ne fut que de deux semaines; mais pendant cette courte intermittence le retour à l'état normal semblait complet.

Delasiauve a vu trois accès se succéder chez le même malade. Les symptômes, à chaque accès, allèrent en s'aggravant. Pendant le troisième accès, « tout espoir semblait perdu; » mais la guérison eut encore lieu, et il ne restait en apparence, dit Delasiauve, *aucun vestige* de la maladie.

C'est surtout quand la folie est d'origine alcoolique qu'on observe cette succession de plusieurs accès. On peut trouver des faits de ce genre dans les thèses de M. Moreaux et de M. Lacaille.

Il me semble qu'on n'a peut-être pas suffisamment fait remarquer jusqu'ici la fréquence de la folie paralytique à formes alternes; les cas de ce genre paraissent, en effet, plus nombreux que dans les simples vésanies.

Rien de plus commun, quand un malade est sorti d'un asile, guéri d'un accès de manie paralytique, que de le voir revenir atteint de mélancolie.

Si ce malade, au contraire, a commencé par être mélancolique, il rentrera en proie à l'excitation maniaque.

Dans beaucoup de cas, il n'y a qu'une seule intermittence et la mort arrive pendant le second accès. Tel est le cas d'un jeune médecin dont j'ai publié l'observation. Atteint d'un accès de manie avec délire des grandeurs, il

guérit au bout de trois mois ; mais, après cinq mois d'une guérison qui semblait complète, il devint mélancolique et mourut tuberculeux.

Dans d'autres cas, on observe une succession de trois ou même de quatre accès. Un malade, dont l'observation a été publiée par M. Camuset n'est tombé dans la démence paralytique qu'après avoir été guéri de trois accès qui s'étaient succédé dans l'ordre suivant : mélancolie, manie, mélancolie. Bien que ce malade, après la guérison du troisième accès, offrît quelques signes légers d'affaiblissement intellectuel, cependant il avait pu sortir de l'asile de Vaucluse et être placé à Paris comme gérant d'un restaurant. Les progrès de la démence paralytique le forcèrent bientôt de renoncer à son emploi.

Les observations de folie paralytique à double forme ou à formes alternes, de folies paralytiques simplement intermittentes, sont aussi embarrassantes les unes que les autres si on cherche à les expliquer en se plaçant au point de vue de la théorie unitaire.

Quand M. Calmeil a dû se rendre compte de la pluralité des formes de la périencéphalite, il n'a pas manqué de faire remarquer qu'il est difficile de comprendre comment, dans tel cas, la maladie débute par un accès de manie et, dans tel autre, par un accès de mélancolie (1). « A ceux, dit-il, qui seraient tentés de demander comment il peut se faire qu'une même phlegmasie ait le pouvoir de se traduire au dehors par des manifestations psychiques aussi peu concordantes, nous répondrons que nous ne savons pas pourquoi l'inflammation a le pouvoir d'agir sur l'intelligence ; que nous ne savons pas davantage pourquoi elle fait naître tantôt la fureur, tantôt des idées d'orgueil, tantôt des idées de sui-

(1) Calmeil, *Maladies inflam. du cerveau*, t. I, 353.

cide, mais qu'il n'est pas moins positif que l'encéphalite enfante souvent les désordres les plus variés dans leur aspect fonctionnel. »

Il est certain, en effet, que beaucoup d'auteurs ont dû se demander comment, selon les expressions de M. Calmeil, *une même phlegmasie* a le pouvoir de *se traduire au dehors par des manifestations psychiques aussi peu concordantes*. Pour n'en citer qu'un seul, M. Dagonet, par exemple, ne balance pas à affirmer « que la paralysie générale qui donne lieu à des manifestations morbides si variées et si nombreuses ne saurait tenir évidemment à une lésion unique ».

Comment admettre, en effet, que l'accès de mélancolie caractérisé, pendant plusieurs mois, par une dépression profonde et le délire le plus triste, soit l'expression symptomatique des mêmes lésions qui, chez un autre malade, entretiendront également pendant plusieurs mois l'exaltation maniaque avec délire des grandeurs?

Mais s'il est difficile de comprendre qu'une même lésion puisse avoir pour expression symptomatique directe, chez tel malade, un accès de manie et, chez tel autre, un accès de mélancolie, il est bien plus difficile encore d'expliquer la succession, chez le même malade, d'accès offrant des symptômes si complètement différents. C'est cependant ce qu'il faudrait admettre pour les cas de paralysie générale à double forme.

Il n'est pas besoin d'ajouter que, dans les cas dont je viens de parler, les transformations et les intermittences ne portent que sur le délire. Cette remarque avait déjà été faite par Combes. « La folie paralytique, dit-il, ne peut subir de véritable transformation, ou du moins cette dernière ne peut porter que sur l'élément délirant.

Cet élément délirant conserve ici les caractères qu'il a

dans les simples vésanies. Il se reproduit sous la forme intermittente ou subit des transformations qui démontrent la nature du processus dont il est l'expression symptomatique.

La folie paralytique intermittente, la folie paralytique à formes alternes et à double forme, avec ses transformations et ses intermittences, se rapproche trop des névroses pour qu'on puisse l'expliquer autrement qu'en se reportant aux folies à formes alternes et aux folies à double forme purement vésaniques.

En résumé, les cas où la période d'excitation de la folie à double forme reproduit d'une manière intermittente le tableau de la paralysie générale excluent l'idée d'une périencéphalite chronique. Il en est de même des accès intermittents, qu'ils soient ou non d'origine alcoolique.

IV. — *Accès de folie offrant les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale qui, après avoir persisté longtemps, se terminent par la guérison.*

Certains auteurs admettent que la périencéphalite chronique peut guérir quand elle est encore à son début; mais si elle a persisté longtemps, plus de six mois par exemple, on est généralement d'accord pour la regarder comme incurable.

Cependant, il y a désormais dans la science un assez grand nombre de faits qui tendraient à démontrer que la paralysie générale, après avoir duré six mois, un an ou même plus, se serait terminée par la guérison.

On peut, à cet égard, consulter les quinze observations que j'ai réunies dans un mémoire publié il y a plus de trente ans et un assez grand nombre de faits semblables disséminés dans les recueils d'observations.

Parmi ces faits, le plus remarquable est assurément celui qu'a publié M. le Dr Tuczek et que j'ai reproduit dans un mémoire inséré plus haut. Je crois devoir, à cet égard, rappeler aussi une observation rapportée par M. Moreaux, dans sa thèse sur la folie alcoolique.

Un homme, déjà plusieurs fois traité pour alcoolisme, entre à Bicêtre le 10 juin 1874. On constate chez lui les symptômes qui réalisent, dit M. Moreaux, le type complet de la paralysie générale. « L'embarras de la parole est des plus marqués, il y a eu rapidement paralysie des sphincters, eschares au sacrum, aux fesses, aux coudes, etc. L'agitation était extrême, le délire affectait la forme ambitieuse.

« Cet état d'incohérence et d'excitation a duré jusqu'en 1875, c'est-à-dire pendant *dix-sept mois*.

« A cette époque, un certificat de Legrand du Saulle déclare le malade incurable. »

Après dix-sept mois, il se produit une rémission et le malade quitte le quartier des agités.

Cette rémission dure quatorze mois.

Alors, retour de l'agitation maniaque et réapparition « des symptômes de la paralysie générale ».

Après quatre mois, l'agitation et, peu à peu, tous les symptômes disparaissent. Le malade, guéri, est rendu à la liberté en 1880.

Un an plus tard, M. Moreaux revoit cet homme qui était resté à Bicêtre pendant *cinq ans*. « Il avait repris son état de ciseleur et passait pour un bon ouvrier. Il était impossible de retrouver chez lui, au point de vue mental aussi bien qu'au point de vue physique, aucune *trace de paralysie générale* (1). »

(1) Moreaux, *Thèse*, 1881, p. 45.

Ainsi voilà un malade qui aurait eu un accès de périencéphalite chronique, lequel se serait prolongé pendant *dix-sept mois*.

Après une longue rémission, un second accès aurait duré *quatre mois*. Enfin, après un séjour de *cinq ans* à l'asile, ce malade sort guéri, ne conservant « aucune trace de paralysie générale ». Or, il importe de rappeler que, d'après M. Moreaux, ce malade réalisait le type de la paralysie générale et que les symptômes avaient été des plus graves.

Comment interpréter un pareil fait?

N'est-il pas presque impossible d'admettre ici la guérison d'une périencéphalite qui se serait prolongée si longtemps?

Puisqu'il est démontré qu'il existe des pseudo-paralysies générales qui offrent le même ensemble de symptômes, et qu'on explique alors par de simples troubles circulatoires, n'est-il pas plus simple d'admettre que le malade de M. Moreaux n'était qu'un pseudo-paralytique?

Si MM. Christian et Ritti ont cru pouvoir affirmer d'une manière absolue l'incurabilité de la paralysie générale et expliquer toutes les prétendues guérisons par des erreurs de diagnostic, c'est qu'il est en effet bien difficile de comprendre comment une inflammation diffuse de la couche corticale peut persister longtemps et guérir laissant l'intelligence intacte.

Jacobi rapporte l'observation d'un malade atteint de manie avec délire ambitieux et inégalité des pupilles et qui, après un accès de *six mois*, avait été rendu à la liberté, présentant toutes les apparences d'une guérison complète. Cependant, trois mois après, ce malade fut ramené à l'asile, profondément mélancolique. Il mourut de phtisie pulmonaire, et on trouva à l'autopsie les lésions de la périencéphalite chronique (épaississement et opacité des

membranes, *adhérences nombreuses* à la couche corticale, granulations ventriculaires).

Or, Jacobi se demande comment ce malade, après six mois de délire, a pu paraître complètement guéri pendant trois mois, alors qu'il existait des lésions inflammatoires de la couche corticale, c'est-à-dire, ajoute-t-il, dans les points mêmes qu'on regarde comme le siège des facultés intellectuelles.

Il importe, en outre, de faire remarquer qu'il s'agit le plus souvent d'accès de manie et que, comme l'a dit avec raison M. Calmeil, l'exaltation des malades, le tumulte désordonné auquel ils s'abandonnent, « contribuent presque toujours, avec l'insomnie, à aggraver d'une manière rapide leur situation. »

Dans des conditions si fâcheuses, l'innocuité de phénomènes inflammatoires si prolongés serait d'ailleurs d'autant plus étonnante que la texture de la couche corticale est des plus délicates et son système vasculaire très développé.

Il importe aussi, je crois, de rappeler ici la manière dont la guérison se produit dans quelques cas.

J'extrais d'une observation de guérison publiée par M. Mendel le passage suivant :

8 janvier 1870. — « Pendant les huit derniers jours l'embarras de la parole a été peu marqué, mais les idées délirantes sont des plus absurdes. »

10 janvier. — « J'ai senti, dit le malade, comme des écailles qui me seraient tombées des yeux; j'étais fou, maintenant je me porte tout à fait bien. »

M. Mendel ajoute que ce malade s'exprime avec calme et parle raisonnablement; il demande à voir sa femme; il se rappelle différentes scènes de son agitation et en fait une description exacte.

Cet aliéné, qui passe tout à coup de la folie à la raison

« comme si des écailles lui étaient tombées des yeux », ne rappelle-t-il pas les transitions si brusques qu'on observe assez souvent dans les simples vésanies?

M. Billod a publié l'observation d'un malade âgé de vingt-sept ans, né d'une mère aliénée et qui avait d'abord été atteint d'un accès de mélancolie avec idées de suicide. Il semble que les symptômes de cet accès n'avaient en rien permis de soupçonner une menace de paralysie générale. Cependant, après dix mois de guérison, eut lieu l'explosion d'un accès maniaque avec délire ambitieux, troubles légers de la parole et inégalité des pupilles; la marche présentait elle-même quelque chose d'anormal. Il y avait là assurément des éléments très suffisants de diagnostic pour admettre l'existence d'une périencéphalite chronique. Cependant ce second accès, après une durée de *sept mois*, guérit comme le premier. Or, la manière dont eut lieu cette guérison est des plus curieuses.

« Un matin à la visite, dit M. Billod, sans que rien pût faire prévoir un changement, on fut très étonné de trouver B... parfaitement calme, ne déraisonnant plus; reconnaissant qu'il avait été aliéné et se souvenant fort bien de toutes les phases de son affection, et, chose remarquable, la veille au soir, notre malade manifestait encore ses mêmes conceptions délirantes. Malgré cette transition si brusque de la folie à la raison, la guérison s'est maintenue et B... sortait quelques jours plus tard sur la demande instante de sa famille. »

« Est-ce une simple rémission? ajoute M. Billod. Est-ce une guérison définitive? Toujours est-il que, pour le moment, il y a guérison ou toutes les apparences de la guérison. »

Ainsi, voilà un malade dont la périencéphalite diffuse aurait eu pour expression symptomatique, deux ans

auparavant, un accès de mélancolie, lequel ne présentait, en apparence au moins, rien de spécial et qui cependant, d'après les partisans de la théorie unitaire, n'en était pas moins le début d'une paralysie générale; après une guérison de dix mois, a lieu l'explosion d'un accès de manie avec délire des grandeurs, troubles de la parole et de la démarche et inégalité des pupilles.

Cet accès de manie dure *sept mois;* alors, nouvelle guérison qui se produit d'une manière brusque, du jour au lendemain, comme cela arrive assez souvent dans les vésanies pures.

Quel fait serait plus propre à démontrer que l'accès initial de mélancolie et que l'accès de manie paralytique n'ont été que l'expression symptomatique de simples troubles circulatoires, qui, comme on le voit, ont pu disparaître deux fois chez le même malade sans provoquer de lésions organiques graves?

Comment comprendre une périencéphalite ayant pour expression symptomatique, d'abord un accès de mélancolie qui, après dix mois de guérison, est suivi d'un accès de manie lequel, après avoir persisté *sept mois*, guérit brusquement du jour au lendemain?

Je ne puis que le répéter, ces transitions si rapides de la folie à la raison, faciles à comprendre quand il s'agit de simples troubles circulatoires, sont bien difficiles, au contraire, à expliquer si on admet qu'il existe chez ces malades de véritables périencéphalites chroniques.

Les observations de prétendues guérisons de paralysies générales publiées jusqu'ici fournissent donc un nouvel argument en faveur de l'existence des pseudo-paralysies générales.

Ces prétendues guérisons doivent donc être attribuées non à la périencéphalite chronique, mais à une espèce spé-

ciale de folie caractérisée par le délire des grandeurs diffus et incohérent, l'hésitation de la parole et l'inégalité des pupilles.

Cette espèce de folie, qui n'a été expliquée jusqu'ici que par de simples troubles circulatoires, peut, comme on l'a vu, se compliquer d'accidents congestifs et de troubles de nutrition qui lui donnent alors une apparence des plus graves.

En résumé :

L'existence d'une manie spéciale offrant les symptômes qu'on a attribués aux premières périodes de la paralysie générale, et qui, cependant, est indépendante de cette maladie, me semble démontrée par quatre ordres de faits cliniques que je me borne à rappeler.

Ce sont :

1° L'absence des lésions de la périencéphalite chronique chez des malades qui avaient offert les symptômes psychiques et somatiques des premières périodes de la paralysie générale.

2° Les accès de manie offrant les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale et qui se sont terminés par la démence simple sans paralysie.

3° Les accès de folie offrant les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale et qui se sont reproduits sous la forme intermittente.

4° Les accès de manie offrant les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale, qui, après avoir persisté longtemps, se terminent par la guérison.

III

Quand la manie paralytique est suivie de paralysie générale, elle n'en doit pas moins être regardée non comme une période de cette maladie, mais comme une vésanie distincte dont la paralysie générale n'est alors qu'un mode de terminaison.

I. — Des guérisons temporaires. — *Accès de manie ambitieuse terminés par la guérison, mais suivis, après un temps plus ou moins long, de paralysie générale.*

L'expérience de chaque jour démontre que les guérisons de paralysie générale doivent, selon l'expression de A. Foville, n'inspirer que peu de confiance.

Après quelques mois ou même quelques années, les malades, en effet, sont souvent ramenés dans les asiles offrant tous les symptômes d'une paralysie générale à laquelle ils succombent : la guérison n'a donc été que temporaire.

Chez tous ces malades, il y a eu deux accès : le premier s'est terminé par la guérison et le second a entraîné la mort.

Ces deux accès doivent-ils être considérés comme étant de même nature? Telle est la question à examiner.

Voici d'abord une observation de M. Calmeil à propos de laquelle l'auteur a nettement exprimé son opinion sur ce point.

« Nous avons, dit-il, donné des soins à un employé chez lequel l'embarras de la langue et les idées délirantes avaient fini par disparaître d'une manière complète après un traitement de six mois : cet homme avait pu se remettre plus tard à la tête de son emploi, s'occuper habile-

ment d'affaires administratives d'une grande importance, faire des voyages, des spéculations d'intérêt ; on pouvait donc le considérer comme *entièrement guéri de sa première atteinte de périencéphalite*. Par malheur, des contrariétés imprévues vinrent réveiller chez lui des idées dépressives qu'il ne put pas entièrement surmonter; il éprouva coup sur coup plusieurs attaques de congestion cérébrale, et arriva, en moins de cinq semaines, au plus haut degré de la paralysie générale et de la démence. Dans les cas de ce genre, ajoute M. Calmeil, les premiers désordres inflammatoires ont réellement disparu pendant un certain laps de temps, et les accidents qui éclatent de nouveau plus tard peuvent être considérés comme l'expression fonctionnelle d'une *seconde encéphalite* (1). »

Comme on le voit, d'après l'opinion émise ici par M. Calmeil et qui d'ailleurs est généralement adoptée, il faudrait, dans tous les cas de guérison temporaire, considérer les malades comme ayant été successivement atteints de deux accès de périencéphalite.

L'existence des pseudo-paralysies générales, aujourd'hui bien démontrée, fournit une grave objection contre un pareil mode d'interprétation.

Puisqu'il y a des accès offrant tous les symptômes de la périencéphalite et qui sont produits par de simples troubles circulatoires, pourquoi ne pas admettre que, dans les cas de guérison temporaire, l'accès guéri appartient à cet ordre de faits?

Les malades étant guéris, il n'y aurait évidemment qu'un seul moyen de résoudre la question. Il faudrait qu'il y eût des éléments certains de diagnostic différentiel entre la pseudo-paralysie générale et la paralysie générale vraie.

(1) Calmeil. *Maladies inflammatoires du cerveau*, tome I, page 287.

Or, ces éléments n'existent pas au moins dans un très grand nombre de cas.

Le malade de M. Calmeil a été traité pendant six mois, et n'est-il pas bien difficile de comprendre qu'après un accès de périencéphalite si prolongé il ait pu recouvrer toute l'intégrité de son intelligence et diriger avec une grande habileté des affaires très importantes?

Pour soutenir qu'il a pu en être ainsi, on s'appuie sur l'opinion généralement admise que la périencéphalite est toujours une maladie primitive. Tel malade, dit-on, est devenu paralytique, donc il l'était depuis le début.

C'est là, à mon avis, une affirmation sans preuves et qui conduit d'ailleurs à cette singulière conséquence que la récidive seule suffirait pour servir de base à l'opinion qu'on doit se faire sur la nature du premier accès.

Tout le monde est d'accord sur ce fait que les accidents congestifs se reproduisent souvent chez le même malade, à des intervalles plus ou moins éloignés. On sait aussi que ces accidents sont assez souvent suivis de lésions secondaires.

Ces lésions, selon certaines prédispositions, selon la durée et l'intensité de la congestion, l'âge des malades, etc., se produisent tantôt rapidement, tantôt, au contraire, après le retour de plusieurs attaques successives. Ainsi s'explique la guérison d'un premier accès et l'apparition des symptômes de la démence paralytique à la suite du second.

Telle est, il me semble, la manière très simple dont cette question doit être envisagée.

Je crois donc pouvoir admettre que, dans tous les cas semblables à celui que rapporte M. Calmeil, l'accès guéri n'appartient pas à la périencéphalite et qu'il n'y a pas alors succession de deux accès de même nature,

mais au contraire succession de deux maladies différentes.

Il existe d'ailleurs un autre ordre de faits qui me semble plus propre encore à démontrer la nature différente des deux accès.

On est d'accord pour admettre que les maniaques avec délire des grandeurs diffus et incohérent, mais sans troubles de la parole, sont tous plus ou moins *menacés* de paralysie générale. L'expérience prouve en effet que cette menace se réalise dans un très grand nombre de cas.

A une certaine époque, on regardait même les rechutes comme à peu près certaines. Dans un cas de ce genre, M. J. Falret n'hésitait pas à déclarer que la folie paralytique reprendrait son cours, et avec d'autant plus de rapidité qu'il aurait été plus longtemps suspendu.

Les idées, sous ce rapport, ne sont plus aujourd'hui les mêmes. Non seulement on ne croit plus pouvoir prédire des rechutes presque certaines, mais, quand les accès se terminent par la guérison, certains auteurs les considèrent comme de simples vésanies.

Or, ces prétendues vésanies simples sont cependant assez souvent, après une guérison temporaire, suivies de paralysie générale.

Les faits de ce genre ne sont pas rares, et je me bornerai à en rappeler un seul qui offre des particularités curieuses et qui a été communiqué à la Société médico-psychologique par Bonnafous.

Le malade avait été amené à l'asile de Leyme offrant tous les symptômes de la manie avec prédominance du délire des grandeurs, mais on ne pouvait constater chez lui aucun trouble de la parole. Il guérit rapidement après être resté au bain pendant plus de quinze jours et quinze nuits sans discontinuité; il fut rendu à la liberté et considéré

comme n'ayant eu qu'un accès de manie simple; mais trois ans après il fut ramené à l'asile avec tous les symptômes d'une paralysie générale, à laquelle il succomba.

Faut-il admettre, dans les cas semblables, que les malades ont guéri d'une périencéphalite, alors qu'ils n'ont eu aucun trouble de la parole ni aucune lésion des mouvements? En présence des faits qu'a révélés l'étude des pseudo-paralysies générales, une pareille opinion serait insoutenable.

Je ne puis d'ailleurs, sous ce rapport, que renvoyer aux arguments que j'ai déjà présentés dans le mémoire inséré plus haut sur les rémissions (Voir page 333).

Les guérisons temporaires de manie paralytique constituent donc un premier ordre de faits en faveur de cette opinion, que la folie paralytique, produite par de simples troubles circulatoires, peut, après la guérison d'un premier accès, être suivie de paralysie générale vraie.

Ce premier accès est de même nature que la manie paralytique, qui reste isolée et tout à fait indépendante de la paralysie générale.

II. — Des rémissions. — *Manies paralytiques terminées par la guérison, mais laissant après elles les premiers symptômes de la démence paralytique.*

L'étude comparée de la folie simple et de la folie paralytique permet de constater un fait qui ne semble pas avoir été signalé et qui cependant me paraît offrir un très grand intérêt. Ce fait est le suivant :

Quand la manie ou la mélancolie simple se terminent par la guérison, on ne voit jamais, après cette guérison, persister les symptômes d'une démence qui ira progressivement en s'aggravant.

Au contraire, rien n'est plus fréquent dans la folie paralytique.

Le malade guérit de son délire; il revient à la raison et reconnaît l'absurdité de ses conceptions délirantes, mais il offre les premiers signes d'une démence paralytique qui parcourra ses diverses périodes et se terminera par la mort.

Il y a donc eu dissociation entre *le délire et la démence, ou mieux, entre la manie paralytique qui guérit et la démence paralytique* qui persiste.

Cette dissociation est ce qui constitue, dans le plus grand nombre de cas, ce qu'on appelle les *rémissions de la paralysie générale* (1).

Cette manière d'envisager les rémissions a été confirmée par beaucoup d'auteurs.

J'ai cité plus haut, dans le mémoire sur les rémissions, l'opinion de plusieurs médecins français; j'ajoute ici celle de deux médecins étrangers qui ont publié des monographies sur la paralysie générale.

« Le peu que j'ai vu, dit le Dr Mickle, est conforme, pour le plus grand nombre des cas, à l'opinion de M. Baillarger, qui parle depuis longtemps d'une *dissociation des deux ordres de symptômes, de telle sorte que la folie disparaît, la paralysie générale persistant* (2). »

(1) Voir plus haut le mémoire sur les *rémissions dans la forme maniaque*, page 333.

(2) M. Mickle rappelle ici que j'ai signalé depuis longtemps cette *dissociation* des deux ordres de symptômes; cela remonte en effet à une note publiée dans les *Annales*, en 1847. Étudiant l'ordre dans lequel disparaissent les symptômes quand la paralysie générale tend vers la guérison, j'avais été conduit à admettre que, dans tous les cas de ce genre, « l'amélioration ne porte pas également sur les deux ordres de symptômes et qu'il se fait alors une sorte de *dissociation* entre le délire et la lésion des mouvements, de telle sorte que la *folie disparaît*, la *paralysie générale persistant*. »

Je citais à l'appui de cette opinion huit observations recueillies par moi ou empruntées à divers auteurs.

Le docteur Mendel, dans la monographie qu'il a publiée récemment, reconnaît qu'il y a des rémissions caractérisées par la cessation complète du délire.

Le malade a la conscience de ses anciennes conceptions délirantes. Sous ce rapport, par conséquent, il peut être, dit-il, considéré comme *momentanément guéri.*

Puis il ajoute que ce qui reste de la maladie, c'est :

1° Un peu d'*affaiblissement intellectuel et moral* (défaut d'énergie, indifférence pour ses intérêts, etc.);

2° Persistance *des symptômes somatiques* (*hésitation de la parole, légère faiblesse dans les jambes*, altération de l'écriture, inégalité des pupilles).

En résumé, si on lit les travaux assez nombreux qui ont été écrits sur les rémissions de la paralysie générale, on verra que tous les auteurs sont d'accord pour admettre que ce qui caractérise avant tout ces rémissions c'est la guérison du délire et la persistance d'un commencement de démence associé souvent à des troubles de la parole.

Il reste à rechercher quelle peut être la meilleure interprétation de ces faits.

On admet que la paralysie générale est une périencéphalite et qu'elle est toujours une maladie primitive. L'accès de délire dont la guérison constitue les rémissions devrait donc être considéré comme étant de nature inflammatoire et comme le symptôme direct de la périencéphalite. Or, dans ces conditions, n'est-il pas étrange de voir dans un grand nombre de cas, et après six mois ou même une

Depuis lors, je n'ai pas cessé d'insister sur ce fait de la dissociation du délire et de la démence paralytique, comme M. Jules Falret l'a rappelé dans sa thèse, en 1853.

En 1855, dans un mémoire, le premier, je crois, qui ait été publié sur les rémissions, je m'étais appliqué à déterminer quel est alors l'état intellectuel des malades. « Cet état, disais-je, est facile à caractériser, il se résume dans ces deux faits : *Cessation du délire, persistance de la paralysie.* »

année, les malades revenir à la raison, alors que les premiers symptômes de la démence et de la paralysie demontrent que des lésions organiques graves ont déjà commencé à se produire.

Le docteur Schule, dans son traité clinique des maladies mentales, se demande si le processus de la paralysie générale est primitivement inflammatoire. Or, il me semble que les guérisons si fréquentes des accès de manie, qui constituent ce qu'on appelle les rémissions de la paralysie générale, sont le meilleur argument qu'on puisse invoquer pour résoudre la question et pour démontrer que le processus de la paralysie générale n'est pas primitivement inflammatoire.

Il importe d'ailleurs de rappeler ici comment on explique les symptômes psychiques de la paralysie générale. « Tout le monde est d'accord, dit M. A. Foville, pour attribuer la démence de la paralysie générale à la dégénérescence atrophique des éléments nerveux de la couche corticale, et le délire à l'exaltation fonctionnelle de ces mêmes éléments sous l'influence de l'hypérémie, des poussées congestives, et peut-être aussi de l'ischémie temporaire qui peuvent se produire (1). »

Or, ce qui constitue les rémissions c'est précisément la guérison du délire provoqué et entretenu par de simples troubles circulatoires. Ces troubles, mobiles de leur nature, peuvent se produire très rapidement et disparaître de même. On s'explique alors très bien comment le malade peut revenir à la raison.

Quand la folie simple se termine par la démence, tout le monde est d'accord pour admettre la succession de deux processus.

(1) *Dictionnaire de médecine pratique*, tome XXVI, page 138.

L'un, de nature inconnue, a produit et entretenu le délire.

L'autre, de nature atrophique, se traduit par la démence et remplace graduellement le premier.

Pourquoi n'en serait-il pas ainsi dans ce qu'on appelle les rémissions de la paralysie générale?

Dans ces rémissions, les malades, comme le dit le docteur Mendel, peuvent être considérés comme guéris de leur accès de folie, et ces guérisons, très difficiles à comprendre, si on admet l'existence d'un processus inflammatoire initial, s'expliquent au contraire d'une manière très simple si le processus est de nature purement congestive.

En résumé, il n'est nullement prouvé que le processus qui entretient le délire pendant les premières périodes de la paralysie générale soit de nature inflammatoire. La guérison très fréquente de ce délire avec persistance d'un commencement de démence semble démontrer, au contraire, qu'il y a là deux processus de nature différente qui se succèdent, comme cela a lieu d'ailleurs dans les folies simples quand elles sont remplacées par la démence.

Les accès de manie ambitieuse, dont la guérison si fréquente constitue les prétendues rémissions de la paralysie générale, sont donc de même nature que les pseudo-paralysies générales; ils ne sont pas la première période de la périencéphalite.

Il y a donc succession de deux maladies : la manie paralytique qui guérit et la démence paralytique qui commence.

IV

PARALYSIE GÉNÉRALE COMPLIQUÉE DE MANIE PARALYTIQUE

La manie paralytique éclate souvent au début ou dans le cours de la paralysie générale. Elle doit alors être considérée comme une complication de cette maladie.

Dans les faits étudiés jusqu'ici, la folie paralytique a pu être considérée comme précédant la démence paralytique; mais il en est très souvent autrement : les symptômes de la démence paralytique précèdent l'accès de délire ou coexistent avec lui dès le début.

Pour arriver à démontrer que la folie paralytique n'est alors qu'une complication de la paralysie générale, il m'a paru nécessaire de rechercher, avant tout, comment les auteurs ont envisagé cette question.

A. Foville considère les accès de manie qui éclatent au début ou dans le cours de la paralysie générale *comme des épisodes aigus faisant saillie sur le fonds commun de la maladie qui existait avant et qui continue après* (1).

Un auteur allemand souvent cité aujourd'hui, Krafft-Ebing, regarde les accès de délire comme des états morbides changeants, *ayant l'aspect de la manie ou de la mélancolie* et qui se développeraient sur un fonds commun qui n'est autre que la démence paralytique.

M. Jules Falret ne serait pas éloigné d'admettre qu'il y

(1) A. Foville. *Études cliniques sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs.*

a dans toutes les variétés de la paralysie générale un dessous commun sur lequel viennent se *greffer* des symptômes variés produisant alors de véritables maladies distinctes.

M. Magnan a été plus explicite. Il importe, d'après lui, de distinguer dans la paralysie générale deux maladies :

La première est la *démence paralytique*, c'est la maladie principale, « elle est permanente, continue, progressive, à tendance fatale : elle a des lésions déterminées, des symptômes propres constamment les mêmes. »

La seconde maladie est la *folie*. C'est la maladie accessoire ; « elle est irrégulière, passagère, elle dépend le plus souvent de la congestion et présente les manifestations les plus opposées. »

D'après M. Magnan, cette seconde maladie, avec ses manifestations bruyantes et variées, se *greffe* sur la démence paralytique, dont la marche, au contraire, est lente et uniforme.

Comme on le voit, les accès de manie qui éclatent chez un malade déjà atteint de paralysie générale sont considérés comme des épisodes aigus, comme des états morbides à part ou même comme des maladies distinctes qui se *grefferaient* sur un fonds commun qui n'est autre que la démence paralytique.

Au lieu de dire que ces accès se greffent sur la démence paralytique, il me semblerait plus exact de les regarder, avec M. A. Foville, comme lui servant de *revêtement*. Il n'y a pas ici, en effet, deux états morbides intimement unis vivant désormais d'une vie commune, et la preuve, c'est que les accès de folie guérissent souvent, laissant la maladie primitive et principale poursuivre son cours.

Quand un accès de délire maniaque, par exemple, éclate chez un malade au début de la démence paralytique, on

voit souvent, en effet, après un ou plusieurs mois, l'agitation se calmer peu à peu, puis les conceptions délirantes elles-mêmes s'effacent, et enfin le malade revient à la raison : bientôt il peut sortir de l'asile et être rendu à sa famille. Cependant ce malade, guéri de son accès de manie, conserve des signes manifestes d'affaiblissement intellectuel, et souvent même des signes d'affaiblissement musculaire.

Après un temps d'arrêt plus ou moins long, on pourra observer chez le même malade un second accès de délire, semblable au premier, ou qui offrira des caractères différents. Dans quelques cas, ce second accès guérira encore, laissant toujours derrière lui les symptômes plus ou moins accentués de la démence paralytique.

Je me bornerai à citer à cet égard un seul fait :

M. Foville rapporte l'observation d'un malade atteint d'un commencement de démence paralytique et qui, après avoir eu un accès de manie avec délire des grandeurs dont il avait guéri, resta pendant une année entière dans un état de rémission. Alors survint un second accès, mais d'une nature différente : au lieu du délire ambitieux, il y avait prédominance d'idées hypochondriaques. Ce second accès guérit comme le premier. « Le malade, dit M. Foville, s'est relevé de nouveau et paraît *une seconde fois en convalescence* (1). »

D'après la doctrine unitaire, la folie n'est qu'un symptôme de la paralysie générale; or, on ne dit pas qu'un malade entre en *convalescence* d'un symptôme, et Foville n'a rien voulu dire de semblable. D'autre part, il est bien évident qu'il ne s'agit pas ici de la *convalescence* de la démence paralytique, état tout à fait irrémédiable. Ce

(1) *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, p. 430

mot de *convalescence* ne peut donc s'appliquer ici qu'aux accès de manie et de mélancolie, c'est-à-dire à ces états morbides spéciaux qui font saillie sur la démence paralytique et qui se grefferaient sur elle.

La manière dont les divers auteurs que je viens de citer ont envisagé les rapports des accès de délire et de la démence paralytique méritait, comme on le voit, d'être rappelée ici.

N'est-il pas bien remarquable, en effet, de voir M. Krafft-Ebing considérer ces accès de délire comme des états morbides changeants ayant l'aspect de la *manie* ou de la *mélancolie* et qui se développeraient sur un fonds commun qui n'est autre que la démence paralytique; de voir M. Jules Falret disposé à admettre que ces états morbides changeants seraient de véritables *maladies distinctes*, et Foville, allant plus loin, déclarant que les accès de délire constituent ici des *états morbides à part*, c'est-à-dire distincts de la démence paralytique?

Ces opinions sur les rapports des accès de délire et de la démence paralytique n'expliquent-elles pas comment M. Magnan a cru pouvoir admettre qu'il faut, dans la paralysie générale, distinguer *deux maladies* différentes : la *démence paralytique* d'une part, et la *folie* de l'autre.

On voit combien la question de savoir si les accès de manie n'interviennent dans le cours de la paralysie générale que comme une simple complication se trouve simplifiée par les opinions des divers auteurs que je viens de rappeler.

Cependant il me semble que, pour résoudre plus complètement cette question, il convient, selon le conseil de Lasègue, de s'en tenir aux cas, d'ailleurs assez nombreux, qui représentent les véritables types de la manie survenant dans le cours de la paralysie générale.

Je me bornerai à rappeler l'observation suivante, que j'ai recueillie à la Salpêtrière :

A son entrée à l'asile, la femme L..., âgée de trente-trois ans, offrait des signes légers de démence, de l'embarras de parole et une tendance bien marquée au délire des grandeurs. En outre, on observait chez elle des alternatives d'excitation et de dépression (1).

Au bout de *huit mois*, l'état de cette femme s'était tellement amélioré qu'on put la rendre à la liberté.

Elle rentra à la Salpêtrière deux mois après, dans un état de stupeur qui se prolongea six semaines. Alors, nouvelle rémission. La malade était « calme, laborieuse et parlait raisonnablement ».

Cette rémission dura cinq mois ; mais on vit alors, pendant les chaleurs du mois de juillet, éclater un violent accès de manie, dont je cite textuellement la description :

Il survint une excitation très vive avec délire ambitieux très tranché. La malade « voulait épouser l'interne de service; elle lui apporterait en dot douze maisons — douze francs — douze cents francs et douze millions. Elle parlait continuellement de ses richesses, de sa toilette de mariée, etc. L'agitation alla croissant, et, après quinze jours, la manie était complète, la malade criait, déchirait ses vêtements et se déshabillait; on fut obligé de l'attacher au fauteuil.

« L'embarras de la parole, peu tranché au début de l'accès, devint extrême et tel que souvent les mots que la malade prononçait étaient tout à fait inintelligibles.

(1) Trois mois avant l'invasion de la paralysie générale, la malade avait eu pendant son sommeil des rêves dans lesquels dominaient des idées ambitieuses : elle rêvait qu'elle allait devenir riche et habiter un château. J'ai déjà publié ailleurs un exemple de ce délire des grandeurs pendant les rêves du sommeil, délire précurseur de la paralysie générale et j'en ai observé plusieurs autres.

« Au milieu de l'incohérence, on remarqua toujours une grande prédominance des idées de grandeur et de richesse.

« Au bout de quatre mois d'accès maniaque, les symptômes étaient arrivés à leur maximum d'intensité et ils prirent alors un caractère d'acuité qui fit craindre une issue funeste très prompte.

« On observait au plus haut degré cette sorte d'agitation comme convulsive, qui survient quelquefois dans le cours de la manie chez les aliénés paralytiques.

« La tête, les bras, les jambes, le tronc, étaient sans cesse en mouvement.

« Le ventre était contracté et on sentait des battements aortiques.

« La maigreur devint extrême et deux eschares se formèrent aux coudes par suite de frottements dans la camisole; le siège commençait aussi à s'écorcher. La malade était d'ailleurs depuis plusieurs mois tout à fait gâteuse.

« Cependant au milieu de cet état si grave, elle n'avait jamais cessé de manger avec beaucoup d'appétit. Au commencement de décembre, l'état commença à s'améliorer et l'on put bientôt retirer la camisole de force. Les eschares se détachèrent et firent place à des plaies de bonne apparence. Au commencement de janvier, le mieux était très grand et la santé générale beaucoup meilleure.

« La malade ne gâtait plus. On la vit engraisser très rapidement et bientôt se remettre au travail.

Après cet accès de manie si grave qui n'avait pas duré moins de *six mois*, cette femme se retrouve dans l'état où elle était auparavant.

On constate un embarras léger de la prononciation, la démarche est assurée, mais peut-être un peu lourde, les

signes de démence paraissent à peine plus prononcés qu'il y a six mois et la malade est encore en état de donner des renseignements précis sur beaucoup de points.

« Jusqu'à la moitié du mois d'août, L... continua à aller bien. Elle travaillait à l'atelier; sa tenue était bonne. Il y avait toujours un peu d'embarras de la parole et des signes d'affaiblissement de l'intelligence. »

Ainsi voilà une malade qui était atteinte d'un commencement de paralysie générale depuis près de dix-huit mois (embarras de parole et affaiblissement intellectuel); elle avait eu déjà deux rémissions, et la troisième durait depuis cinq mois. « La femme L... était calme, laborieuse et parlait raisonnablement. » C'est alors qu'éclata l'accès de manie qui bientôt s'accompagna de la plus violente agitation.

Cet accès ne dura pas moins de *six mois*, et, quand il fut guéri, on se retrouva en présence des mêmes symptômes qui existaient avant l'explosion du délire maniaque. A peine l'affaiblissement intellectuel était-il plus prononcé, l'embarras de la parole était léger; la femme L... travaillait à l'atelier et sa tenue était bonne.

Cette rémission dura sept mois; alors eut lieu un nouvel accès de stupeur, suivi d'un nouvel accès maniaque beaucoup moins prononcé que celui qui vient d'être décrit. La malade tomba alors dans la démence la plus complète et succomba au bout de quatre ans (1).

N'est-il pas difficile de contester que l'accès si complet et si grave de manie dont j'ai reproduit la description, survenu chez une femme qui offrait depuis dix-huit mois déjà

(1) Voir, pour l'autopsie et le complément de l'observation, *Archives cliniques des maladies mentales*, t. Ier, page 317.

des symptômes de démence paralytique, ne peut être regardé que comme une complication ?

Si cet accès avait été le symptôme direct de la périencéphalite chronique, comment comprendre que cette agitation si violente et si prolongée n'ait pas aggravé considérablement la maladie, qu'on retrouve au contraire presque au même degré?

Quand M. Calmeil a dû décrire les accès de manie qui éclatent au début de la paralysie générale, il s'est arrêté en disant « qu'il était inutile de reproduire *tous les traits de la manie* »; or, lorsqu'un malade, comme dans le cas que je viens de rapporter, a offert ainsi pendant six mois tous les traits de la manie, il me paraît difficile d'assimiler son accès au délire maniaque, symptôme accessoire et passager qui peut se présenter dans des conditions très diverses.

Il est bien démontré qu'il y a des accès de manie avec délire des grandeurs diffus et incohérent, avec trouble de la parole, qui sont tout à fait indépendants de la paralysie générale. Ici, au contraire, l'accès est provoqué par les lésions commençantes de la périencéphalite chronique; il est symptomatique, mais une fois développé il a une évolution à part et une existence qui lui est propre.

La manie paralytique est ici une maladie deutéropathique que j'ai souvent comparée à la pleurésie survenant dans le cours de la tuberculose pulmonaire; elle peut guérir, se séparant ainsi de la périencéphalite chronique qui, comme le dit A. Foville, existait avant et continue après.

Cette manie deutéropathique est sans doute plus ou moins modifiée dans son expression symptomatique par le terrain sur lequel elle se développe; mais n'en est-il pas de même pour la pleurésie tuberculeuse, pour l'anthrax diabétique, et cela n'empêche pas que cet accès de manie n'ait son existence propre.

Il me semble résulter de tout ce qui précède que la manie paralytique qui survient au début ou dans le cours de la paralysie générale ne peut être considérée que comme une complication de cette maladie.

V

MANIE PARALYTIQUE SE TERMINANT DIRECTEMENT PAR LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Dans les cas nombreux où la manie paralytique ne guérit pas et se termine directement par la paralysie générale, elle n'en doit pas moins être considérée, non comme une période de cette maladie, mais comme une vésanie spéciale dont la paralysie générale n'est qu'un mode de terminaison.

Dans les quatre ordres de faits qui viennent d'être étudiés on a vu la manie paralytique, précédant la paralysie générale ou la compliquant, se terminer par la guérison.

Dans des cas très nombreux il en est autrement. La guérison n'a pas lieu, et, après un temps plus ou moins long, on voit le délire faire place à la démence.

C'est sur ces faits surtout qu'on a pu s'appuyer pour ne voir dans la manie ambitieuse que la première période de la paralysie générale, c'est sur eux que repose toute la théorie de Bayle, et ils expliquent la dénomination de *monomanie ambitieuse avec paralysie*, donnée par cet auteur.

Quand la manie paralytique se termine ainsi directement par la démence paralytique, il est difficile, en effet, de démontrer qu'elle doit néanmoins être considérée comme une vésanie distincte dont la paralysie générale ne serait alors qu'un mode de terminaison. Cependant il y a plusieurs ordres de faits qu'on peut invoquer pour prouver qu'il en est ainsi.

Il importe d'abord de rappeler qu'il y a des cas dans lesquels le délire est pendant un temps plus ou moins long le seul symptôme de la maladie.

Dans une observation publiée par Bayle, le délire des grandeurs avait précédé de cinq ou six ans les symptômes de démence et de paralysie, et, dans une autre, rapportée par Calmeil, ces mêmes symptômes n'étaient apparus qu'après trois ans. J'ai moi-même cité ailleurs un cas de ce genre.

Les faits dans lesquels le délire reste aussi longtemps isolé sont rares, mais ils se relient par des intermédiaires a des cas qui le sont beaucoup moins.

On voit assez souvent, en effet, le délire persister pendant trois mois, six mois ou même plus sans qu'on puisse constater autre chose que des signes légers d'ataxie musculaire, qui sont eux-mêmes passagers (1).

Dans tous ces cas, on admet que le délire des grandeurs ainsi isolé est déjà le symptôme direct d'une périencéphalite encore à sa première période ; mais comment démontrer ce fait, puisque des symptômes absolument semblables sont provoqués par de simples troubles circulatoires?

Un malade, dont M. Calmeil rapporte l'observation, offrait le délire des grandeurs sans troubles de la parole depuis deux ans environ. Il succomba tout à coup à une congestion cérébrale et on ne trouva, à l'autopsie, aucune trace de périencéphalite chronique.

M. Calmeil croit que ce malade était « depuis longtemps sous le coup d'une périencéphalite chronique imminente lorsqu'il a été comme foudroyé par un surcroît de congestion sanguine ».

(1) « Nous avons été à même, dit M. Cullerre, de recueillir nombre d'observations de paralytiques généraux chez lesquels les troubles de la motilité étaient ou complètement absents ou insaisissables, tandis que le délire ambitieux, si spécial dans sa forme qu'il est presque pathognomonique, existait au plus haut degré. »

« Il n'est pas, dit-il, jusqu'à la forme ambitieuse de son délire qui ne parle bien en faveur de cette supposition, et il ajoute : « Pour notre compte, nous sommes convaincu qu'il aurait été atteint d'une inflammation, soit locale, soit générale du cerveau, s'il eût pu échapper à la violence de l'attaque qui a entraîné sa mort (1). »

Supposez que la périencéphalite imminente sous le coup de laquelle se trouvait depuis longtemps ce malade se fût déclarée, on voit quelle erreur on aurait commise en la regardant comme primitive.

Il convient, d'ailleurs, de faire remarquer que l'accès de manie simple qui se termine par la guérison n'a jamais été regardé comme d'une nature différente de celui qui se termine par la démence. Pourquoi en serait-il autrement pour les accès de manie ambitieuse? Pourquoi ceux qui guérissent seraient-ils expliqués par de simples troubles circulatoires et ceux qui ne guérissent pas attribués au contraire à une périencéphalite primitive?

Dans les cas rares où le délire des grandeurs est resté isolé une ou plusieurs années, ou même seulement pendant six mois, n'est-il pas bien difficile d'admettre que si la périencéphalite avait été primitive, elle fût restée si longtemps sans se traduire par des symptômes plus graves?

Mais, pour mettre en doute, chez les malades dont il s'agit, l'existence de la périencéphalite primitive, il faut surtout s'appuyer sur les guérisons d'accès semblables, si souvent observées dans ce qu'on appelle les rémissions.

Comment prouver, en effet, que les accès qui se terminent directement par la démence paralytique sont d'une nature différente de ceux qui, dans les rémissions, se terminent par la guérison?

Je crois d'ailleurs devoir rappeler que, parmi les accès

(1) Calmeil. *Loc. cit.*, t. I, p. 45.

de folie qui se terminent directement par la démence paralytique, il y a des accès de folie paralytique à double forme et qu'alors se présente la même objection déjà faite plus haut.

Ne pourrait-on pas, en effet, s'étonner de voir, selon l'expression de M. Calmeil, une même phlegmasie se traduire ainsi par les symptômes les plus opposés, c'est-à-dire par des accès alternatifs de manie et de mélancolie?

On peut objecter, il est vrai, que les malades qui succombent dans cette période offrent souvent, à différents degrés, des adhérences des méninges à la couche corticale; mais il est impossible de préciser à quelle époque remontent ces lésions, et il y a, sous ce rapport, à prendre en grande considération les symptômes qui ont précédé la mort pendant les dernières semaines ou même seulement pendant les derniers jours (1).

De ce qui précède je crois pouvoir conclure que la manie paralytique, quand elle est suivie directement de démence paralytique, n'en doit pas moins être considérée non comme une période de la paralysie générale, mais comme une vésanie spéciale dont la paralysie générale n'est alors qu'un mode de terminaison.

Tels sont les différents ordres de faits cliniques qu'on peut invoquer à l'appui de la théorie dualiste.

Ils me semblent suffire pour prouver que les accès de manie ambitieuse terminés par la guérison, mais suivis de paralysie générale, sont de même nature que les accès de pseudo-paralysies générales à forme maniaque qui ne sont point suivis de périencéphalie chronique et qui, par conséquent, restent tout à fait indépendants de cette maladie.

(1) Voir, à cet égard, un mémoire de Beau sur ce qu'il appelait la paralysie générale aiguë. *Annales médico-psychologiques*, 1852, t. IV, p. 271.

La manie ambitieuse, dans ses rapports avec la paralysie générale, ne doit donc pas être considérée comme une *période de cette maladie, mais comme une vésanie spéciale qui la précède ou la complique.*

RÉSUMÉ

I

La paralysie générale s'observe assez souvent à l'état de simplicité; elle est alors caractérisée par les seuls symptômes que tout le monde s'accorde aujourd'hui à regarder comme pathognomoniques : les symptômes de démence et de paralysie.

Elle parcourt ainsi progressivement toutes ses périodes sans être ni précédée ni compliquée de manie paralytique; elle est donc tout à fait indépendante de la folie.

C'est une maladie « permanente, continue, progressive, à tendance fatale : elle a des lésions déterminées, des symptômes propres, constamment les mêmes ». (Magnan.)

II

La manie paralytique caractérisée par le délire des grandeurs, l'hésitation de la parole et le plus souvent par l'inégalité des pupilles est une vésanie spéciale ayant son existence propre et tout à fait indépendante de la paralysie générale.

Pour le démontrer, on peut invoquer les faits suivants :

1° L'absence des lésions de la périencéphalite chronique

constatée à l'autopsie, chez des malades qui avaient offert les symptômes des premières périodes de la paralysie générale.

2° La terminaison de la folie paralytique par la démence simple sans paralysie.

3° Les transformations et les intermittences de la folie paralytique (folies paralytiques à formes alternes, folies paralytiques à double forme, folies paralytiques intermittentes).

Ces transformations et ces intermittences si fréquentes dans les simples vésanies sont, en effet, bien difficiles à comprendre, si, au lieu de rapporter les symptômes à des vésanies spéciales qui précèdent ou compliquent la périencéphalite, on les considère comme l'expression directe de cette maladie.

4° Les cas de guérison après une longue durée de la maladie, cas dans lesquels il serait très difficile d'admettre l'existence d'une périencéphalite.

La paralysie générale s'observe donc sans être précédée ni compliquée de manie paralytique; et, d'autre part, la manie paralytique existe assez souvent en dehors de la paralysie générale et sans rapports avec elle.

La paralysie générale et la manie paralytique constituent donc deux maladies distinctes et indépendantes.

Ce fait établi, il restait à examiner quels sont les rapports de ces deux maladies.

Dans un très grand nombre de cas, la manie caractérisée par le délire des grandeurs, par l'hésitation de la parole et le plus souvent par l'inégalité des pupilles est suivie de démence paralytique.

D'après l'opinion généralement admise, la manie ambitieuse et la démence paralytique ne seraient alors que deux périodes d'une périencéphalite primitive.

Les symptômes de la manie paralytique pourraient donc s'observer dans deux conditions très différentes :

1° Dans la manie paralytique indépendante de la paralysie générale, et ils seraient alors provoqués par de simples troubles circulatoires.

2° Dans la paralysie générale, dont ils formeraient la première période ; ils devraient, dans ce cas, être regardés comme l'expression symptomatique directe d'une périencéphalite.

J'ai combattu cette opinion et cherché à démontrer que les symptômes de la manie paralytique sont toujours de même nature, qu'ils soient ou non suivis de paralysie générale.

La manie paralytique resterait donc, dans tous les cas, une vésanie spéciale dont la paralysie générale ne serait qu'un mode de terminaison ; elle précéderait alors la démence paralytique comme la manie simple précède la démence simple.

On peut, pour le prouver, invoquer les faits qui se rapportent aux guérisons temporaires et aux rémissions.

1° *Guérisons temporaires.* Quand la manie paralytique se termine par la guérison, il arrive assez souvent que cette guérison n'est que temporaire.

Après six mois, un, deux ou même trois ans, les malades qui ne conservaient aucun vestige de leur accès sont atteints de paralysie générale.

L'accès qui a guéri après s'être souvent prolongé six mois ou plus est alors considéré comme une première attaque de périencéphalite.

Cependant, puisqu'il existe des accès en tout semblables produits par de simples troubles circulatoires, comment démontrer que ces accès guéris, mais suivis plus tard de

paralysie générale, n'appartenaient pas à ce dernier ordre de fait?

Comment comprendre qu'un malade, après une attaque de périencéphalite qui se prolonge six mois ou plus, puisse recouvrer l'intégrité de son intelligence?

Il y a d'ailleurs des cas dans lesquels on ne peut admettre l'existence de la périencéphalite. Ce sont ceux dans lesquels les malades ont eu successivement plusieurs accès suivis de guérison et qui cependant meurent de paralysie générale à la suite d'un dernier accès en tout semblable aux précédents.

Dans ces cas, les malades n'ont pas eu plusieurs attaques successives de périencéphalite, et le dernier accès, bien qu'il se soit terminé par la démence paralytique, ne peut être regardé comme étant d'une nature différente de ceux qui l'avaient précédé.

La manie paralytique qui, après une guérison temporaire, est suivie de paralysie générale n'est donc pas d'une nature différente de celle dont la guérison est durable et qu'on s'accorde à expliquer par de simples troubles circulatoires.

Quand un premier accès de manie simple se termine par la guérison et qu'un second accès se termine, au contraire, par la démence, on n'a jamais songé à regarder ces deux accès comme d'une nature différente et il doit en être de même pour les accès de folie paralytique.

2° *Des rémissions.* Dans les cas très nombreux qu'on désigne sous la dénomination de *rémissions*, la manie paralytique se termine aussi par la guérison, mais le malade revenu à la raison, au lieu de recouvrer l'intégrité de son intelligence, offre des symptômes plus ou moins prononcés de démence paralytique.

Il y a donc dissociation entre la manie paralytique qui guérit et la paralysie générale qui commence.

Or, n'est-il pas bien étrange de voir ainsi, dans un grand nombre de cas, la manie paralytique, si elle était le symptôme direct de la périencéphalite, et si elle en constituait la première période, se terminer par la guérison, alors que des lésions graves ont déjà commencé à se produire (1)?

On oublie d'ailleurs que cette prétendue première période est un accès de manie, et que la manie a depuis longtemps sa place à part dans le cadre nosologique.

On oublie encore qu'il n'est nullement nécessaire de faire intervenir la périencéphalite pour expliquer le délire des grandeurs diffus et incohérent, puisque ce délire se produit souvent sous l'influence de simples troubles circulatoires.

La manie paralytique éclate très souvent au début ou dans le cours de la paralysie générale, c'est-à-dire chez des malades atteints déjà de périencéphalite chronique. Or, fait bien remarquable, on voit encore dans ces conditions l'accès de manie se terminer quelquefois par la guérison.

La paralysie générale existait avant, elle continue après et l'accès de manie n'est intervenu que comme complication.

Dans tous ces cas, qu'on regarde à tort comme de simples rémissions de la paralysie générale, la manie paralytique ne saurait donc être considérée comme un symptôme direct de la périencéphalite chronique ni comme une période de cette maladie.

(1) « Chose singulière, dit Morel, c'est la paralysie progressive, la plus compromettante de toutes les variétés d'aliénations, celle qui se lie d'une manière intime à des lésions bien définies de l'encéphale, c'est, dis-je, la paralysie progressive qui offre les rémissions les plus extraordinaires. »

Ces rémissions *extraordinaires*, que rappelle Morel, seraient en effet très singulières et bien difficiles à expliquer si l'accès de manie était le symptôme *direct* des lésions organiques; si l'on admet, au contraire, que cet accès est une vésanie spéciale qui précède la paralysie générale, les rémissions deviennent beaucoup plus faciles à comprendre.

CONCLUSIONS

I

La paralysie générale existe à l'état de simplicité; elle n'est alors caractérisée que par les seuls symptômes de démence et de paralysie, et constitue ainsi une maladie spéciale tout à fait indépendante de la folie.

II

La manie paralytique, caractérisée par le délire des grandeurs diffus et incohérent, par l'hésitation de la parole et le plus souvent par l'inégalité des pupilles, est une vésanie spéciale, indépendante de la paralysie générale et qui peut se terminer, comme la manie simple, par la guérison ou par la démence simple.

III

La manie paralytique, quand elle est suivie de paralysie générale, ne doit pas être considérée comme la première période de cette maladie, mais comme une vésanie spéciale dont la paralysie générale n'est alors qu'un mode de terminaison.

IV

Dans des cas très nombreux, la manie paralytique éclate au début ou dans le cours de la paralysie générale; elle n'est alors qu'une complication de cette maladie.

NOTE COMPLÉMENTAIRE

Place qu'il convient d'assigner à la folie paralytique dans la classification des maladies mentales.

Il est désormais démontré, par des observations assez nombreuses, qu'il y a des malades qui offrent tous les symptômes des premières périodes de la paralysie générale à forme vésanique et qui, cependant, ne sont point atteints de cette maladie.

Les auteurs qui ont publié ces observations se sont bornés à constater les faits sans s'occuper des conséquences qu'ils peuvent avoir pour l'histoire de la paralysie générale.

L'existence d'une folie paralytique, vésanie spéciale offrant tous les symptômes des premières périodes de la paralysie générale, mais indépendante de cette maladie, me paraît cependant un fait d'une assez grande importance et qui peut modifier beaucoup la manière dont la paralysie générale est encore envisagée aujourd'hui.

Ce fait, à mon avis, permet d'expliquer :

1° La variété des formes et les transformations des accès de délire pendant les premières périodes de la paralysie générale (manie, mélancolie, folie à double forme, folie à formes alternes).

2° Les prétendues guérisons de la paralysie générale.

3° La dissociation si fréquente de la manie paralytique qui guérit et de la démence paralytique qui persiste : ce qui constitue ce qu'on appelle les rémissions.

En outre, la folie paralytique, indépendante de la para-

lysie générale, fait disparaître la plus grande partie des faits qu'on signalait comme difficiles à classer.

Il était donc utile, au lieu de se borner à constater l'existence des pseudo-paralysies générales, de rechercher les conséquences de ce fait pour l'histoire de la paralysie générale vraie, et c'est ce que j'ai essayé de faire dans le travail qui précède.

Quant à la question de classification, aucun auteur ne semble non plus s'en être préoccupé.

M. le professeur Ball s'est borné à faire remarquer que la pseudo-paralysie générale alcoolique est une *folie alcoolique spéciale*.

M. Régis considère les pseudo-paralysies générales comme des *paralysies générales purement fonctionnelles*, mais sans rechercher quelle place on devrait assigner à ces faits nouveaux dans la classification des maladies mentales.

Il en est de même de M. Christian, qui cependant a insisté sur la fréquence des pseudo-paralysies générales.

Il importe de faire remarquer qu'après avoir séparé les pseudo-paralysies générales de la paralysie générale vraie, personne n'a pensé à les réunir aux simples vésanies, dont elles sont, en effet, très distinctes par leurs symptômes et par la gravité de leur pronostic. (Voir plus haut, page 328.)

J'ai donc cru devoir assigner à ces faits, sous la dénomination de *folies paralytiques*, une place à part dans la classification des maladies mentales.

Ce qui sépare surtout les folies paralytiques des folies simples c'est que celles-ci, en cas de non-guérison, se terminent le plus souvent par la démence simple et que les folies paralytiques, au contraire, en cas de non-guérison, se terminent souvent par la paralysie générale. C'est donc

principalement sur cette différence dans le mode de terminaison qu'on peut baser la distinction.

C'est, en effet, la base que j'ai adoptée dans le tableau de classification ci-joint :

CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

I. LES FOLIES.

(PERVERSIONS FONCTIONNELLES)

I. FOLIES SIMPLES. (Celles qui, en cas de non-guérison, se terminent le plus souvent par la démence simple.)	Délire partiel. Manie. Mélancolie. Folie à double forme.
II. FOLIES PARALYTIQUES. (Celles qui, en cas de non-guérison, se terminent le plus souvent par la démence paralytique.)	Manie ambitieuse. Mélancolie hypocondriaque.
III. FOLIES INTERMITTENTES.	Folie intermittente simple. Folie à formes alternes.
V. FOLIES D'ORIGINE TOXIQUE.	Folie alcoolique. Folie pellagreuse. Folie d'origine paludéenne, etc.
VI. FOLIES ASSOCIÉES A DIVERSES NÉVROSES..	Folie épileptique. Folie hystérique, etc.

II. LES DÉMENCES

(ABOLITIONS FONCTIONNELLES)

I. Paralysie générale (démence paralytique).
II. Démence sénile.
III. Démence consécutive aux vésanies.
IV. Démence symptomatique de diverses affections circonscrites du cerveau.

III. ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT.

Idiotie. — Imbécillité. — Débilité mentale. — Crétinisme.

RECHERCHES

SUR

LE CRÉTINISME[1]

I

DU CRÉTINISME

Le crétinisme est une dégénérescence caractérisée par un degré plus ou moins prononcé d'idiotie et par une dégradation de la conformation physique. C'est par cette dégradation que les crétins diffèrent surtout des idiots ; on la reconnaît principalement aux caractères suivants :

(1) Ces recherches ont été publiées, en 1873, dans le *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène de France*. C'est un extrait de mon rapport sur le goître et le crétinisme fait au nom d'une commission nommée, en 1861, par le ministre du Commerce.

Je n'ai rien reproduit de la partie relative à l'étiologie et à la prophylaxie, parce que cette partie du rapport a été lue à la commission et discutée par elle. Le travail que je publie ici n'a point, au contraire, été soumis à l'examen de la commission; je dois donc en assumer seul la responsabilité.

1° Taille petite, ramassée et trapue ;

2° Tête grosse, avec développement exagéré du diamètre bilatéral ;

3° Face large, aplatie avec écartement des yeux, écrasement du nez à sa racine, bouche grande et lèvres épaisses, surtout la lèvre inférieure ;

4° Col court et large, et très souvent déformé par l'existence d'un goître plus ou moins volumineux ;

5° Désharmonie du tronc et des membres ;

6° Peau terreuse et blafarde ; rides profondes.

Le caractère principal de cette dégradation physique paraît d'ailleurs consister essentiellement dans le développement exagéré en largeur, de la tête, de la face, du cou, du tronc et des membres.

Proportion comparée du crétinisme dans les deux sexes.

Il est démontré que l'idiotie est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. D'après l'enquête de 1864, on a trouvé 4,394 idiots et seulement 3,246 idiotes ; d'après la statistique générale de la France, sur 41,525 idiots recensés, il y a 23,407 hommes et 18,118 femmes.

On peut donc admettre que le nombre des cas d'idiotie chez les garçons est plus fort que chez les filles dans une proportion de 13 à 10.

Ce fait n'a point reçu jusqu'ici d'explication satisfaisante ; on constate d'ailleurs la même prédominance du sexe masculin pour la surdi-mutité. En France, sur 21,956 sourds-muets, on a trouvé 12,447 hommes et 9,509 femmes. D'après les relevés de Boudin, en Angleterre, le nombre

des hommes sourds-muets est d'un quart supérieur à celui des femmes.

Le même fait se reproduit pour le crétinisme. D'après l'enquête de 1864, on a trouvé 3,979 crétins contre 3,291 crétines; les relevés de l'enquête sarde ont donné 3,073 crétins et 2,850 crétines; en additionnant les chiffres fournis par les deux enquêtes, on trouve une proportion de 7 hommes pour 6 femmes.

Nous croyons devoir faire remarquer que cette différence disparaît complètement quand on se borne à recenser les crétins goîtreux. On trouve même alors que les femmes sont en proportion un peu plus forte ; divers documents réunis ont en effet donné 5,571 crétins goîtreux et 5,916 crétines goîtreuses.

Ce résultat n'est point en opposition avec celui qui précède; il s'explique par ce fait, que le goître est beaucoup plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

En résumé : la prédominance de l'idiotie et de la surdi-mutité chez les garçons existe aussi pour le crétinisme, mais peut-être à un moindre degré.

De l'âge auquel se développe le crétinisme ; cette affection est-elle presque constamment congéniale ?

Tout le monde est d'accord pour reconnaître l'incurabilité absolue du crétinisme confirmé; mais, d'après certains auteurs, l'évolution des symptômes pourrait souvent être arrêtée quand la maladie est encore tout à fait à son début. Malheureusement, même dans ces limites très restreintes, la question est loin d'être résolue.

On regarde généralement, en effet, le crétinisme comme une affection presque constamment congéniale, conformé-

ment à l'adage populaire, qu'on devient goîtreux, mais qu'on naît crétin : *cretinus nascitur cretinus*. Or, s'il en est ainsi, le système nerveux ayant déjà subi pendant la vie intra-utérine des lésions plus ou moins graves, on comprend qu'il est difficile d'espérer le retour à un développement régulier.

Je vais d'abord essayer de prouver que le crétinisme, au moins dans quelques cas, ne survient qu'après la naissance; il restera ensuite à discuter la question la plus intéressante pour la prophylaxie, celle de savoir si ces cas sont très fréquents, ou bien, au contraire, rares, ou même exceptionnels.

On peut, quant au premier point, citer des observations qui ne laissent aucun doute.

Le baron Bich, dans le rapport qu'il a fait sur les enfants traités dans l'hospice de la cité d'Aoste, donne des renseignements sur l'âge où la maladie s'est développée ; or, il résulte de ces renseignements que, sur 11 enfants, le crétinisme aurait pu être regardé comme congénial chez 5 d'entre eux; chez les 6 autres, au contraire, l'apparition des symptômes n'aurait eu lieu qu'après la naissance, savoir: Dans 1 cas, à 3 ans; dans 4 cas, à 2 ans; et dans 1 cas, vers le huitième mois. L'invasion, dans les 6 cas, a été attribuée, tantôt à la dentition et aux convulsions, tantôt à des affections intestinales graves; dans un cas, à l'existence d'une fièvre intermittente et enfin dans un autre à la coqueluche. Ces faits établissent une grande similitude entre les causes occasionnelles du crétinisme et celles de l'idiotie sporadique, laquelle survient aussi, assez souvent, dans les conditions analogues.

Les observations du docteur Bich paraissent mériter la plus entière confiance; il s'agissait, en effet, d'une expérience thérapeutique à laquelle on attachait un grand in-

térêt, et tout semble prouver que les renseignements donnés sur les enfants mis en traitement ont été pris avec soin.

Il y a encore aujourd'hui à la Salpêtrière une fille âgée de vingt ans, offrant un type véritablement remarquable de crétinisme. Cette fille est petite, trapue, chargée d'embonpoint; ses yeux sont écartés, son nez écrasé, sa bouche grande, ses lèvres grosses, la démarche est lourde et pesante. L'intelligence est si faible que cette malade n'a pu recevoir même un commencement d'éducation.

Les renseignements les plus précis ne laissent ici aucun doute sur le développement du crétinisme après la naissance.

La malade est née à Paris, elle a cinq frères et sœurs bien conformés et bien portants, mais dont quelques-uns cependant ont eu des signes de scrofules. Le père est grand, bien conformé, intelligent; la mère, également bien constituée et intelligente, a depuis quelques années un peu de surdité; elle est née dans le département de l'Oise et dans un canton, le canton de Noyon, où s'observent un assez grand nombre de cas de goître.

La jeune fille atteinte de crétinisme a été nourrie par sa mère jusqu'à l'âge de quatorze mois; elle se trouvait alors dans des conditions tout à fait normales de développement; sevrée à cette époque, elle fut envoyée dans le département de l'Aisne, chez sa grand'mère, qui habitait, à Chauny, une chaumière basse et humide, dont le sol n'était ni carrelé, ni planchéié. Au bout de six mois, l'enfant fut atteinte d'une affection intestinale grave, qui dura très longtemps et mit sa vie en danger; après sa guérison, elle resta bouffie, devint très grosse, et, quand elle fut ramenée à Paris, il n'était plus possible de se faire illusion sur la gravité de son état. Le développement, depuis lors, a été très

lent, surtout en ce qui concerne la dentition; la jeune malade n'a marché et parlé que très tard.

Dans cette observation, comme on le voit, l'apparition du crétinisme après la naissance ne peut être l'objet d'aucun doute.

M. Héraut, inspecteur des enfants trouvés de l'Isère, rapporte que, quand il a commencé son service, il y avait, aux Alberges, commune marécageuse du canton d'Oisans, et dans laquelle règne l'endémie, quatre enfants de l'hospice, qui tous les quatre étaient atteints d'un commencement de crétinisme; convaincu que ces enfants avaient subi l'influence des causes endémiques, il n'a plus autorisé depuis lors le placement d'aucun enfant dans ce hameau très misérable et très malsain, non plus que dans le hameau voisin de Levernis.

Il y a aujourd'hui, dans le canton d'Oisans, 400 enfants trouvés, mais tous habitent sur la montagne et dans les villages élevés.

Sans doute pour les quatre cas dont il vient d'être question, il s'agissait d'enfants nés dans le département de l'Isère, mais le fait n'en mérite pas moins d'être cité, car il est difficile d'admettre que, dans ces quatre cas, le crétinisme fût congénial.

En faisant en Savoie, avec le docteur Fusier, une enquête sur la commune du Puyset, l'une des plus gravement atteintes par l'endémie, j'ai trouvé un enfant de Lyon, âgé de six mois, qui avait été placé en nourrice dans cette commune aussitôt après sa naissance. Cet enfant offrait déjà des signes assez tranchés de dégénérescence, et son état pouvait donner de graves inquiétudes pour l'avenir.

Un fonctionnaire envoyé dans la Maurienne a vu, après moins d'une année de séjour, l'un de ses enfants, né dans une contrée parfaitement saine, et bien qu'âgé de plus de

trois ans, tomber graduellement dans un état de torpeur, restant des heures entières immobile, la bouche entr'ouverte, la lèvre pendante. Le père fut si effrayé de cet état, qu'il se décida à faire transporter son enfant sur la montagne. En même temps que cet enfant offrait des signes de crétinisme, la mère, deux autres enfants et un domestique présentaient des commencements de goître, qui furent rapidement combattus par l'emploi des préparations iodurées.

Jusqu'ici, il ne s'agit, comme on le voit, que du développement du crétinisme dans les premiers mois ou les premières années de la vie; mais certains auteurs affirment avoir observé des enfants chez lesquels les signes de la dégénérescence n'ont commencé à paraître qu'à l'âge de cinq, six et même huit ans. Non seulement ces enfants n'avaient offert, jusque-là, aucun signe inquiétant, mais quelques-uns d'entre eux, dit-on, étaient beaux et intelligents. Fodéré attribue cette fâcheuse transformation à l'apparition du goître.

Après avoir indiqué que cette maladie se développe de très bonne heure chez les enfants, il ajoute que, le plus souvent, c'est vers l'âge de sept, huit, neuf ou dix ans. Longtemps auparavant, on peut la pronostiquer aux signes suivants : l'enfant est très beau; ses yeux sont grands, bleus et vifs ; le visage est blanc et vermeil ; la peau est fine et délicate ; les cheveux sont blonds, la mémoire est active.

« A l'époque dont j'ai parlé, ajoute-t-il, tout change : le goître se développe, et, au fur et à mesure de sa grosseur, les yeux deviennent ternes, le visage s'empâte et prend une couleur d'un blanc mat ; les facultés de l'entendement s'obscurcissent ; quand la maladie est parvenue à son dernier accroissement et qu'elle est considérable, l'in-

fortuné goîtreux respire difficilement et ne peut plus prononcer les consonnes qu'avec peine ; son corps, basané et rabougri, cesse de s'accroître ; il semble qu'il n'y ait que le col et les épaules qui profitent de la nourriture ; les idées restent aussi telles qu'elles sont dans les premières années de l'enfance. »

N'est-il pas évident que ces enfants goîtreux, dont le corps cesse de s'accroître et dont l'intelligence reste ce qu'elle était dans les premières années, sont devenus crétins en même temps que goîtreux ? Jusque-là, en effet, dit Fodéré, ils étaient très beaux, avaient les yeux vifs et la mémoire active. A côté de ce passage de Fodéré, en voici un autre, plus explicite encore, emprunté à M. Morel, passage qui a pour objet d'établir les analogies entre l'endémie paludéenne et l'endémie goîtreuse :

« En Sologne, dit M. Morel, on voit fréquemment des femmes au teint hâve, à la constitution ruinée par la fièvre, allaiter des enfants qui ont toutes les apparences de la santé. Ce n'est que plus tard, aux différentes périodes critiques amenées par la croissance, l'évolution dentaire, le travail de la puberté, que les enfants subissent l'influence de la *malaria*, et qu'ils commencent à être atteints dans leurs fonctions physiques aussi bien que dans leurs fonctions intellectuelles.

« Dans le pays, ajoute-t-il, où le crétinisme est endémique, il n'est pas rare de rencontrer aussi des enfants dont la brillante santé éloigne également l'idée d'une dégénérescence ultérieure. C'est pareillement vers les époques critiques précitées que le mal paraît les envahir. On les voit alors s'affaisser sur eux-mêmes, leur teint devient hâve, les lèvres s'épaississent, la salive en découle, l'intelligence devient torpide : ils désapprennent ce qu'ils savaient et marchent rapidement vers leur décadence com-

plète. Dans l'un et l'autre cas, lorsqu'on s'y prend à temps, une transplantation subite dans une région meilleure peut arrêter les progrès du mal et régénérer les enfants. »

Déjà le même auteur, dans un autre travail publié il y a quinze ans, avait signalé le même fait, observé, disait-il, « par les instituteurs et les institutrices de Rosières-aux-Salines, à savoir : que les enfants qui, jusqu'à un certain âge, avaient donné les plus belles espérances s'arrêtaient tout à coup dans le mouvement progressif de leurs facultés intellectuelles. La lenteur des mouvements remplace la vivacité native ; le regard devient fixe, hébété, et la cachexie mine sourdement ces jeunes constitutions, qui, pour être préservées d'une dégénérescence complète auraient besoin d'être placées dans un autre milieu et de subir l'influence d'une hygiène physique et d'une hygiène morale, que, dans l'état actuel des choses, il est impossible de leur procurer. »

Des faits analogues avaient été observés par le curé de la même commune : il avait vu « que des enfants arrivés à un certain âge, et doués d'une bonne organisation physique, s'arrêtaient tout à coup, devenaient lourds et pesants, et offraient tous les signes de la dégénérescence crétineuse». C'est dans le but de prévenir cette fâcheuse transformation qu'il avait songé à établir une institution spéciale pour les enfants prédisposés au crétinisme ; il espérait ainsi, en plaçant ces enfants dans un milieu convenable, arrêter les progrès du mal, auquel, en l'absence de cette prophylaxie, ils seraient inévitablement voués.

M. Morel, tout en faisant des vœux pour la réussite de ce projet, ajoute que les espérances qu'on fonde sur sa réalisation ne contredisent en rien les saines notions de la science. Il est à regretter qu'on n'ait pas précisé les âges où les signes de la dégénérescence apparaissent ; nous

voyons que c'est aux différentes périodes critiques amenées par la croissance, l'évolution dentaire, et même le travail de la puberté, ce qui supposerait au moins la possibilité de l'invasion du crétinisme jusqu'à l'âge de douze ans.

Il existe dans la science un document qui a déjà été cité par Boudin, par M. Parchappe et d'autres auteurs, et qui tendrait à prouver que les causes endémiques peuvent agir sur l'intelligence à un âge beaucoup plus avancé encore, et après l'entier développement de l'organisme. Malheureusement, ce document est isolé et les faits qu'il signale perdent ainsi une partie de leur valeur. Il importe, néanmoins, de le rapporter ici :

« Lors d'une enquête faite par le gouvernement autrichien, en 1844, à Syrnitz, près Klagenfurt, M. Willeger fit la déposition suivante : Mon père a observé que les domestiques étrangers qui arrivaient dans le pays, pour habiter sa ferme, avaient bientôt le cou très gros, et, à mesure qu'ils y séjournaient plus longtemps, ils devenaient plus goîtreux et respiraient avec plus de difficulté ; en même temps, les genoux se tuméfiaient, les pieds devenaient le siège de douleurs lancinantes, se roidissaient et s'affaiblissaient. A mesure que cet état de faiblesse et de roideur augmentait, l'intelligence s'affaissait aussi ; après des années, l'intelligence s'altérait au point de passer au crétinisme. Les gens nés dans la métairie sont atteints de cette infirmité à un plus haut degré. Elle était autrefois occupée par une famille composée de quatre enfants crétins et un oncle demi-crétin ; le père des quatre enfants avait été également demi-crétin, ce qui n'avait pas empêché les deux frères de parvenir, l'un à l'âge de cent cinq ans, et l'autre à cent ans. On constate la même dégénérescence dans le bétail à cornes, au point qu'on ne pouvait élever le jeune bétail sans observer des vices de croissance et des maladies intestinales, et qu'il

fallait importer de l'étranger des bêtes de trait. Le propriétaire de la seigneurie d'Abbeck, après avoir fait l'achat de ce bien, y arriva avec sa femme, bien portant. Celle-ci est morte goîtreuse et à demi-crétine, et le propriétaire avec sa seconde femme ont aussi passé au demi-crétinisme. Les cinq enfants du premier lit sont idiots; leur cou est épais et leur corps est roide. Les enfants du deuxième lit, l'un âgé de trois ans, l'autre d'un an, sont encore en bonne santé; mais ils doivent s'attendre au même sort que leurs frères aînés, car ces deux derniers aussi étaient bien portants dans leur première enfance. A la torpeur générale du corps, à l'hébêtement des facultés intellectuelles, se joignent aussi des vices de l'ouïe et de la parole, qui s'aggravent avec l'âge. Il est d'observation que des enfants nés bien portants ne commencent à éprouver cette maladie que dans les dernières années de l'enfance et qu'à mesure qu'ils croissent; leur état s'aggrave jusqu'à tourner au crétinisme. Le contraire a lieu lorsque des individus atteints de crétinisme changent d'habitation et boivent une autre eau.»

Il résulte de ce document, non seulement que les enfants pourraient ne subir l'influence des causes endémiques qu'après les premières années, mais, chose plus étrange encore, que des adultes deviendraient goîtreux et seraient, en outre, atteints peu à peu dans leur intelligence, qui irait en s'affaiblissant graduellement.

Quoi qu'il en soit de ces derniers faits, il est certain que les observations qui précèdent ne laissent aucun doute sur l'existence d'un certain nombre de cas de crétinisme développé après la naissance.

Il reste à examiner le second point dont il a été parlé plus haut, c'est-à-dire à déterminer le nombre des cas dont il s'agit. Cette seconde question est, en réalité, la plus importante.

On comprend, en effet, que si, dans les localités atteintes par l'endémie, le crétinisme est presque constamment congénial, il serait difficile de songer à des mesures prophylactiques dispendieuses pour quelques cas rares et pour ainsi dire exceptionnels.

Pour légitimer ces mesures, il ne faut, en effet, rien moins que l'espoir de prévenir la maladie chez un assez grand nombre d'enfants.

Malheureusement, il existe sur cette question des dissidences assez graves, et qui s'expliquent par la difficulté du sujet.

Les tableaux qui ont servi à l'enquête faite par la commission de Piémont contenaient une colonne dans laquelle devait être indiqué l'âge auquel apparaissent les premiers signes du crétinisme.

Il résulte des réponses qui ont été faites que, 894 fois sur 1,000, les premiers signes apparaissent avant la fin de la deuxième année ; 36 fois sur 1,000, de deux à cinq ans; 53 fois, de cinq à douze ans; et, enfin, 15 fois après la douzième année. Le rapporteur de la Commission, après avoir cité ces résultats, s'empresse d'ajouter qu'ils ne méritent presque aucune confiance.

Il fait remarquer combien il est difficile de dire, au moment de la naissance, si un enfant est ou n'est pas affecté de crétinisme. C'est, en effet, une question sur laquelle les médecins les plus expérimentés hésitent souvent à se prononcer. Or, les renseignements ont été fournis par des personnes étrangères à la médecine, ce qui leur enlève presque toute valeur. En outre, il est certain que les mères qui donnent les renseignements ont, en général, une grande répugnance à convenir que leurs enfants étaient atteints de crétinisme dès la naissance. Elles mettent une sorte d'amour-propre à reporter l'invasion de la maladie à une

époque plus éloignée, en l'attribuant à quelque affection incidente.

Bien que le rapporteur de la Commission sarde ne se soit point expliqué d'une façon suffisamment précise sur cette question du crétinisme congénial, il est évident cependant que, dans son opinion, les enfants, dans la très grande majorité des cas, sont déjà atteints à leur naissance.

« Le grand nombre d'entre eux, dit-il, qui commencent dès l'âge de deux ou trois mois à donner des signes indubitables de crétinisme, ne doivent leur malheureuse condition qu'à ce qu'ils ont reçu cette empreinte dès les premiers moments de la conception. Il est tout à fait improbable, ajoute-t-il, que ces enfants soient devenus crétins en deux ou trois mois par l'impression continuellement exercée des causes extérieures. »

Cependant, à la page suivante, l'auteur admet « qu'en soustrayant l'enfant aux causes ordinaires d'insalubrité, en le transportant sur les hautes montagnes ou dans les plaines non infestées, en le changeant de nourrice et d'alimentation, en lui prodiguant les soins nécessaires, on parvient à améliorer notablement son état, quelquefois même, dit-il, on prévient ainsi totalement le crétinisme. »

Mgr Billiet croit aussi que, dans l'immense majorité des cas, le crétinisme est congénial; « il peut cependant, dit-il, y avoir des exceptions, » et il appelle sur ce point l'attention des médecins, en les engageant à l'étudier de nouveau avec soin. Il rappelle d'ailleurs que les curés des paroisses, interrogés sur l'âge auquel se manifeste le crétinisme, ont répondu que, neuf fois sur dix, c'était un état congénial.

D'une manière générale, Mgr Billiet n'admet donc que la possibilité d'améliorer l'état des enfants crétins en les soustrayant aux causes endémiques. Pour lui, le crétinisme,

état congénial, est incurable de sa nature. Les soins les plus assidus et l'éducation la mieux appropriée peuvent, sans nul doute, améliorer l'état physique et moral; « mais, ajoute-t-il, les crétins seront toujours crétins ou demi-crétins à des degrés divers, et ils le seront toute leur vie. »

M. Parchappe regardait aussi le crétinisme comme une affection congéniale; il admettait seulement que ses caractères peuvent s'aggraver pendant les premières années par l'action des causes endémiques, ce qui implique la possibilité d'améliorer l'état des enfants crétins, mais non de les ramener complètement à l'état normal, en les soustrayant à l'influence de ces causes.

L'opinion qui vient d'être exposée et qui tend à faire considérer, dans l'immense majorité des cas, le crétinisme comme une affection congéniale, est conforme à l'adage populaire cité plus haut, qu'on devient goîtreux, mais qu'on naît crétin.

Cependant, cet adage est loin d'être accepté par tous les auteurs, dont quelques-uns au moins regardent le crétinisme comme une affection qui se développe très souvent après la naissance.

D'après Ackermann, les enfants ne présentent aucune trace de crétinisme avant la première année; c'est donc pendant la deuxième année qu'apparaissent les premiers symptômes.

M. de Saussure avait adopté l'opinion d'Ackermann, et ne regardait point le crétinisme comme congénial :

« Il paraît, dit-il, que c'est surtout dans l'enfance, dans cet âge où la fibre est tendre et flexible, que se détermine cette maladie; car ceux qui en ont été exempts jusqu'à leur huitième ou dixième année le sont également pour la vie. »

L'opinion si généralement admise que le crétinisme est congénial a toujours fait suspecter ces témoignages, et l'on ne peut nier, en effet, que les mères des crétins, en général, comme il a été dit plus haut, répugnent à avouer, alors même que la chose est vraie, que leurs enfants présentaient dès la naissance des signes évidents de dégénérescence. On voit cependant, par tout ce qui précède, que, dans un grand nombre de cas au moins, ces renseignements devraient peut-être être admis comme exacts.

Il a paru nécessaire de rappeler ces dissidences avec quelques détails, parce qu'elles démontrent la nécessité de rechercher avec soin sur quelles preuves certains auteurs se sont appuyés pour considérer, jusqu'ici, le crétinisme comme une affection congéniale, au moins dans la très grande majorité des cas.

Évidemment, pour que cette opinion fût soutenable, il faudrait que, chez presque tous les enfants devenus crétins, on ait pu constater les signes certains du crétinisme, sinon dès la naissance, au moins dans les premiers mois de la vie. Or, voici à cet égard le résultat des recherches faites par divers auteurs :

« La plupart des enfants qui doivent être crétins, dit Fodéré, naissent avec un petit goître de la grosseur d'une noix. Ceux qui n'ont pas de goître ont pourtant des caractères auxquels on reconnaît qu'ils seront dans cette classe : ils sont bouffis, volumineux, surtout quant à la tête et aux mains ; quelques-uns naissent hydrocéphales, ils sont moins sensibles que les autres nouveau-nés à la première impression de l'atmosphère ; ils tettent difficilement, dorment beaucoup et ont toujours un air endormi. A l'âge où leurs contemporains commencent à prononcer quelques mots articulés, ceux-ci n'émettent que des voyelles sans consonnes, et tel est leur langage durant toute la vie. »

L'auteur avance ici un fait que l'expérience ultérieure n'a point confirmé : c'est la fréquence du goître congénial, qu'on s'accorde aujourd'hui à regarder comme rare. En outre, l'existence du goître à la naissance serait loin de prouver d'une manière certaine que l'enfant est destiné à être atteint de crétinisme, surtout s'il est soustrait à l'influence des causes endémiques; c'est ce que tendrait du moins à prouver un fait qui sera cité plus loin.

Quoi qu'il en soit, l'opinion de Fodéré, qu'on peut reconnaître le crétinisme à la naissance, est en opposition avec celle d'Ackermann, qui prétend, comme on l'a vu plus haut, que les enfants ne présentent aucune trace de la maladie avant la fin de la première année.

M. Niepce a consacré quelques pages à l'examen de la question de savoir s'il existe ou non des signes certains de crétinisme à la naissance. Il résulte clairement de ce qu'il a écrit sur ce sujet que la science manque d'éléments suffisants pour la résoudre; néanmoins, M. Niepce paraît adopter l'opinion que les signes du crétinisme manquent le plus souvent pendant le premier âge; il sera donc, dit-il, très difficile, dans le plus grand nombre des cas, de prévoir si l'enfant doit être ou non crétin.

Le même auteur recherche si on peut affirmer d'une manière certaine que le crétinisme existe à la fin de la première, mais surtout de la deuxième année, et il conclut que cela est possible lorsque l'ensemble des caractères est très tranché. Il s'empresse cependant de faire cette restriction : « Bien que l'on puisse affirmer, dit-il (1), que le crétinisme apparaisse quelquefois chez l'enfant dès son premier âge, il faut avouer que ce n'est qu'à partir de la troisième année que cette affection ne peut plus être

(1) Niepce, t. II, p. 13.

méconnue et qu'elle se développe d'une manière plus manifeste. Tel est, ajoute-t-il, le résultat des observations nombreuses, faites dans les localités les plus infectées et même les plus éloignées. »

Il ressort évidemment de tout ce qui précède que la science ne possède point, jusqu'ici, d'éléments suffisants pour résoudre la question de savoir si l'on peut à la naissance déclarer qu'un enfant sera ou ne sera pas atteint de crétinisme. La solution de cette question exigerait des observations nombreuses et poursuivies au moins pendant un certain nombre d'années dans les localités atteintes par l'endémie. Il y aurait lieu, par exemple, de décrire avec soin l'état d'un certain nombre d'enfants à la naissance, de renouveler l'examen au moins tous les six mois, en notant avec soin les changements qui se sont opérés, et, continuant ainsi jusqu'à l'âge de cinq ou six ans, peut-être arriverait-on par ce moyen à réunir des éléments de pronostic qui manquent encore aujourd'hui.

D'ailleurs, la question n'est pas de savoir si certains enfants ne sont pas atteints de crétinisme à la naissance et s'ils n'en offrent pas des signes certains dès la première année. Il y a, en effet, des cas où les symptômes sont si tranchés, si caractéristiques, que le doute n'est pas possible; mais, à côté de ces cas, il en est de beaucoup plus nombreux qui offrent de grandes difficultés, et c'est pour ceux-là que des observations nouvelles seraient nécessaires.

Pour comprendre toutes les difficultés qui se présentent, il faut se rappeler qu'il s'agit ici d'enfants nés dans des localités où la population a subi, à divers degrés, la dégénérescence crétineuse, comme le reconnaissent tous les auteurs. Or, dans ces conditions, il faut s'attendre à rencontrer dans les premiers mois ou les premières années,

des anomalies de développement, soit pour la constitution physique, soit pour l'intelligence, et ne pas accorder à ces anomalies, au point de vue du pronostic, plus de valeur qu'elles n'en ont en réalité. La loi sarde pour le recrutement, dans les deux départements de la Savoie, atteste elle-même ces anomalies du développement tenant à des causes toutes locales : la remarque depuis longtemps faite que les jeunes gens grandissent après vingt et un ans, a forcé de statuer que les conscrits seraient examinés, au point de vue de la taille, trois années de suite, à vingt et un, vingt-deux et vingt-trois ans. Ceux qui n'ont pas la taille à vingt et un ans sont, assez souvent, requis pour le service militaire après le dernier examen, à l'âge de vingt-trois ans. On comprend aussi qu'au point de vue de l'intelligence, il ne faut point s'attendre à rencontrer dans les localités atteintes par l'endémie des enfants aussi vifs, aussi éveillés, aussi précoces que dans des pays plus favorisés.

Enfin, une dernière difficulté vient de la coexistence fréquente de la scrofule chez ces mêmes enfants, qui sont gros, bouffis, ont les chairs molles et flasques, et sont dans un état de torpeur plus ou moins prononcé.

De tout ce qui précède, il résulte que, dans la majorité des cas, il ne sera guère permis d'espérer de résoudre la question de savoir si le crétinisme est ou n'est pas congénial.

D'ailleurs, tous les auteurs, sans exception, sont d'accord pour reconnaître que si un enfant offre les premiers indices du crétinisme et qu'il reste soumis à l'influence des causes endémiques, on voit, sous l'influence de ces causes, son état s'aggraver de plus en plus, tandis que le contraire a lieu si cet enfant est transporté dans une localité saine.

Toute la question se réduit donc à savoir si les causes

endémiques, si puissantes pour aggraver le degré du crétinisme, peuvent le produire directement chez un enfant simplement prédisposé à le contracter.

La réponse à cette question ne semble pas douteuse, si on considère la rapidité avec laquelle ces mêmes causes produisent souvent le goître chez les personnes étrangères qui viennent habiter une localité atteinte par l'endémie, si on se rappelle que des faits irrécusables établissent que des femmes, dans ce cas, ont non seulement contracté le goître, mais qu'elles ont même, dès les premières années, donné naissance à des enfants crétins.

M. de Saussure, qui, comme il a été dit plus haut, ne regardait point, dans la majorité des cas, le crétinisme comme un état congénial, fait remarquer avec raison que l'action des causes endémiques doit être d'autant plus puissante pendant les premiers mois et la première année que l'organisation tout entière est en voie d'évolution. Si l'on réfléchit que, pour le système nerveux en particulier, le cerveau double de volume dans les six mois qui suivent la naissance; si l'on se reporte à l'état encore élémentaire des deux substances du cerveau, il est difficile de ne pas admettre, avec le savant naturaliste qui vient d'être cité, que les causes endémiques, chez les enfants prédisposés, peuvent alors, dans un grand nombre de cas, produire le crétinisme après la naissance.

En résumé, il est permis de conclure de tout ce qui précède :

1° Qu'il existe des cas incontestables de crétinisme survenus après la naissance, mais que les auteurs sont divisés sur la question de savoir si ces cas sont, ou non, très nombreux ;

2° Que la dissidence sur ce point s'explique par l'extrême difficulté qu'on éprouve dans un grand nombre de cas pour

décider d'une manière certaine, à la naissance, qu'un enfant est, ou non, atteint de crétinisme ;

3° Que, pour juger la question du plus ou moins de fréquence des cas de crétinisme survenus après la naissance, des observations plus nombreuses et plus précises seraient encore nécessaires ;

4° Qu'il est néanmoins très probable, d'après l'ensemble des faits, que les causes endémiques suffisent non seulement pour aggraver les symptômes du crétinisme, mais même pour les provoquer, dans un grand nombre de cas, pendant les premiers mois ou même pendant les premières années de la vie.

II

DE L'ENDÉMIE DU CRÉTINISME

On verra plus loin que toutes les contrées où l'on observe beaucoup de crétins renferment en même temps un grand nombre de goîtreux; mais là ne se bornent pas les effets de la cause endémique. Celle-ci produit en même temps, dans la population, une dégénérescence spéciale, et, en outre, des cas d'idiotie, d'arrêt de développement, de surdité, de surdi-mutité, de bégaiement, etc.

Les enquêtes qui, dans les contrées atteintes, ne font connaître que la proportion des goîtreux et des crétins, sont donc bien loin de révéler toute l'étendue du mal. Sans nul doute, cette variété des effets de l'endémie est un fait très important, et sur lequel plusieurs auteurs n'ont pas manqué d'insister.

« La dégénérescence crétineuse, dit M. Morel, se trouve dans des relations intimes avec d'autres affections dégénératives, que l'on observe invariablement dans toutes les contrées infestées.

« Le goître, la surdi-mutité, le rachitisme, l'imbécillité et l'idiotie, les affections scrofuleuses et tuberculeuses, les

hernies, la gastrite chronique, résultat de la mauvaise nourriture, l'arrêt du développement intellectuel et physique, l'improductivité, l'abaissement général des facultés intellectuelles, sont les maladies, les infirmités et les états dégénératifs qui existent concurremment avec le crétinisme. »

M. Morel rappelle ensuite le recensement suivant des communes de Moyen-Vic et de Marsal, où le goître règne avec intensité.

Dans la commune de Marsal, qui compte 1,017 habitants, on a trouvé :

Crétins.	37
Crétineux.	2
Imbéciles et idiots.	4
Sourds-muets.	8

La commune de Moyen-Vic renferme 1,200 habitants, on y a relevé :

Crétins.	7
Imbéciles ou idiots.	11
Sourds-muets.	17

Le docteur Meyer-Ahrens, de Zurich, chargé de publier les résultats de l'enquête entreprise en Suisse, sur le crétinisme, pense que « ce serait séparer ce qui, dans la nature, forme une famille morbide, que de ne pas rattacher au crétinisme, dans les contrées et les lieux où règne l'endémie, les imbéciles, les goîtreux, les sourds-muets, les sourds, les muets, les nains qui s'y rencontrent. Et c'est ainsi qu'il comprend le crétinisme dans le sens large ».

Le docteur Rœsch a donné le recensement suivant, pour le royaume de Wurtemberg :

Nains	208
Hébétude des sens et du cerveau	1.015
Surdi-mutité spéciale	498
Idiots	1.061
Dégénérescence au plus haut degré	136
Total	2.918

Le docteur Wimpffen dit que : « Dans les localités de l'arrondissement de Colmar, où l'influence endémique existe, le goître, le crétinisme, l'idiotie, à leurs divers degrés, ainsi que les autres dégénérations congénères (surdité, surdi-mutité, imbécillité, etc.), se rencontrent dans beaucoup de familles, avec tous les caractères d'un mal héréditaire. »

Comme on le voit, l'étude de l'endémie du crétinisme doit donc comprendre, dans les contrées atteintes, outre l'étude du crétinisme lui-même, celle de l'idiotie, des arrêts du développement, de la surdité, de la surdi-mutité, du bégaiement et de la dégénérescence de la race.

Quant à l'endémie du goître, certains auteurs, et entre autres la commission du Piémont, ont voulu en faire une endémie distincte de celle du crétinisme.

C'est une question qui sera examinée plus loin.

I. — De l'idiotie endémique.

Il n'est pas besoin de dire qu'il existe, dans les contrées atteintes par l'endémie du goître et du crétinisme, des cas d'idiotie qui sont tout à fait indépendants de cette endémie. Mais, en dehors de ces faits, en existe-t-il d'autres en plus ou moins grand nombre qui seraient dus aux mêmes causes que le crétinisme lui-même? En d'autres termes, doit-on admettre une idiotie endémique? La réponse à cette question ne saurait être douteuse.

Le docteur Renaudin, qui, pendant de longues années, a été placé comme médecin en chef dans de grands asiles d'aliénés, et qui a laissé sur la folie des ouvrages estimés, a communiqué à Ferrus un document d'un grand intérêt sur la petite ville de Sainte-Marie-aux-Mines, atteinte par l'endémie du goître et du crétinisme. Il résulterait d'un relevé statistique fait dans cette ville que, sur une population de 11,000 âmes, il y avait 1,100 idiots ou idiotes et 60 crétins ou crétines.

L'auteur de cette statistique qui, sans nul doute, connaissait parfaitement les caractères de l'idiotie, a donc trouvé deux affections différentes, l'idiotie et le crétinisme, existant toutes les deux à l'état endémique.

Personne, assurément, ne sera tenté d'expliquer par les causes ordinaires ces cas si nombreux d'idiotie dans une localité si fortement atteinte par le crétinisme.

Le docteur Rœsch, comme on l'a vu dans ses relevés du Wurtemberg, fait figurer un tiers des cas sous la dénomination d'idiotie.

Dans le recensement, cité par M. Morel, des communes de Moyen-Vic et de Marsal, on trouve aussi, à côté des crétins, une forte proportion d'idiots.

Ferrus, à Sion, a observé trente crétines qui lui ont, dit-il, « offert deux types :

« Dans l'un, identique avec celui du crétin, taille ramassée, membres trapus, extrémités grossièrement sculptées, cou court et gros, crâne volumineux, face plate et dure, joues molles et cellulaires, lèvres boursouflées, rides profondes.

« Le second type, au contraire, se distinguait par l'élancement du tronc, la gracilité des membres, la longueur, la flexibilité du cou et la forme anguleuse du visage. La saillie de la bouche, qui, dans le type précé-

dent, se trouvait en partie déterminée par l'épaisse charnure des lèvres, reconnaissait ici pour unique cause le prolongement des os maxillaires; ce qui, joint à l'obliquité du front, à des rides convergentes, aux commissures des lèvres et des paupières, et à une chute légère des joues, rappelait involontairement les individus les plus élevés dans l'ordre des quadrumanes. »

En désignant sous le même nom des types aussi différents, il serait impossible de pouvoir assigner au crétinisme des caractères spéciaux. Le dernier type doit donc être rapporté à l'idiotie.

M. Kœberlé, à propos de la difficulté qu'il y a à distinguer le crétinisme de l'idiotie, ajoute : « La confusion de ces états est d'autant plus facile que l'on observe dans les localités où règne le crétinisme des idiots, souvent en grand nombre, n'offrant aucun des caractères physiques de ce dernier état (1). »

C'est aussi ce qu'a observé votre rapporteur dans les Alpes et dans les Pyrénées, et ce qui ressort de sa collection de plus de cent vingt photographies, destinées à fixer les variétés de crétinisme ou d'idiotie qu'on trouve dans les contrées atteintes. Il importe d'ajouter que ces variétés se trouvent souvent dans les mêmes familles.

Ferrus a vu, dans les Pyrénées, une fille qui, dit-il, par une triste exception, rare chez les femmes, appartenait au type du crétinisme complet; les deux sœurs de cette fille étaient simplement idiotes.

Il semble même que l'idiotie remplace plus ou moins le crétinisme, à mesure que l'action des causes s'affaiblit et que la dégénérescence diminue. Ainsi, d'après Ferrus, il résulterait de documents authentiques qu'autrefois, à

(1) Kœberlé. *Essai sur le crétinisme*, in Dagonet, *Traité des maladies mentales*, Strasbourg, 1862.

Sainte-Marie-aux-Mines, il y avait plus de crétins et moins d'idiots. Ce fait est confirmé par une curieuse collection de photographies, que le docteur Neser a jointes au remarquable rapport qu'il a adressé à la commission, sur le canton de Sainte-Marie-aux-Mines. Dans tous ces portraits, il en est à peine quelques-uns qui offrent les caractères du véritable crétinisme ; le plus grand nombre présentent ceux de l'idiotie. Il est donc démontré que le crétinisme, à Sainte-Marie-aux-Mines, est peu à peu remplacé par l'idiotie.

D'après Ferrus, « dans quelques parties du département de la Meurthe, où le crétinisme sévit de temps immémorial, sa forme extérieure et ses traits se sont affaiblis, sans qu'il ait perdu toutefois beaucoup de sa fréquence. »

Or, c'est en subissant ces changements qu'on observe la diminution du crétinisme et l'augmentation de l'idiotie.

Il n'est donc pas douteux que l'idiotie se produit souvent dans les mêmes contrées et sous l'influence des mêmes causes que le crétinisme.

Il n'y a d'ailleurs à signaler ici aucune différence importante entre ces cas d'idiotie et ceux qui sont étrangers à l'influence endémique.

Néanmoins, on peut dire, qu'en général, l'imperfection des sens s'observe alors plus souvent et qu'elle est portée plus loin. En outre, comme chez les crétins, la démarche, chez ces idiots, offre quelque chose de spécial, qu'on ne retrouve pas au même degré dans les cas d'idiotie ordinaire.

Il est inutile d'ajouter qu'un certain nombre de ces idiots se rapprochent d'ailleurs des crétins par certains traits qui pourraient permettre à un observateur exercé de reconnaître leur origine. C'est à cette catégorie qu'appartiennent beaucoup de sujets qu'on désigne générale-

ment sous le nom de crétineux; beaucoup d'auteurs, en effet, comme Fodéré et Esquirol, n'ont pas distingué, dans les contrées atteintes, les crétins des idiots. Mais cette distinction, malgré les cas intermédiaires très nombreux qui viennent d'être indiqués, mérite d'être conservée : le crétin offrant un type véritablement spécial, le type ramassé et trapu, dont le caractère principal, comme on l'a vu plus haut, est le développement exagéré des formes en largeur.

II. — Arrêt de développement.

Dans toutes les contrées atteintes par l'endémie du goître et du crétinisme, on trouve dans la population, mais plus spécialement dans les familles goîtreuses, des cas d'arrêt de développement, qui se produisent sous des formes et à des degrés très variés. Les plus nombreux de ces cas doivent être rattachés au crétinisme lui-même ; mais il en est un certain nombre qui doivent en être distingués.

On a vu que Ferrus, à l'hospice de Sion, avait rencontré deux types de crétines, les unes courtes et trapues, les autres, au contraire, qui se distinguaient par l'élancement du front, la gracilité des membres, la longueur et la flexibilité du col, etc. Or, ces deux types se retrouvent chez les sujets atteints d'arrêt de développement, et le premier seul, comme il a été dit plus haut, constitue le crétinisme.

Cette distinction est bien souvent difficile à appliquer, parce qu'il y a bon nombre de sujets qui tiennent plus ou moins des deux types.

Pour les cas graves d'arrêt de développement, que l'on trouve dans les pays à endémie crétineuse, il suffira de citer, d'une manière sommaire, quelques observations :

I. — Marie P..., âgée de treize ans, paraît avoir trois ou quatre ans au plus ; elle pèse 12 kilogrammes, sa taille est de 820 millimètres.

La conformation du corps, d'ailleurs assez régulière, est celle d'un enfant de trois ans. Le ventre est saillant, les membres potelés, la tête est seulement un peu grosse. Marie P... conserve encore toutes ses premières dents. L'intelligence est à peine celle d'un enfant de quatre ou cinq ans. La mère est goîtreuse. Elle a eu six enfants ; une fille est morte à quatre ans, elle ne parlait ni ne marchait ; une autre fille de quatorze ans, quoique assez intelligente, offre dans sa conformation des signes très tranchés du crétinisme.

II. — Bl..., âgée de dix-huit ans, née à Saint-Savin, ne pèse que 19 kilogr. 50 ; sa taille est de 977 millimètres. Cette fille a le caractère et les habitudes d'un enfant ; elle parle assez distinctement, mais son intelligence est très limitée. Bl... non seulement n'a pu apprendre à lire, mais on ne peut l'occuper à rien ; d'ailleurs, elle est vaniteuse et aime la toilette. Elle dérobe souvent des morceaux d'étoffe pour faire des poupées.

Sa croissance s'est arrêtée à l'âge de sept ans. La dentition est très incomplète ; il n'y a aucun signe de puberté. La mère est goîtreuse. Elle est accouchée de Bl... à l'âge de quarante ans. Son mari avait alors plus de soixante-dix ans.

III. — N..., âgé de dix-huit ans, né à Vieussac. Il a tout l'extérieur d'un enfant de sept à huit ans au plus. Sa physionomie, peu animée et peu mobile, est d'ailleurs plutôt celle d'un enfant que d'un idiot. N... ne pèse que 20 kilogrammes et sa taille n'est que de 975 millimètres. Il n'a que douze dents. Ses organes génitaux ne sont pas plus développés que ceux d'un enfant de cinq ans.

L'intelligence est extrêmement bornée, la parole nulle, la démarche est assez embarrassée.

La mère est goîtreuse, le père est sourd, plusieurs frères ou sœurs sont goîtreux, un frère de dix-neuf ans est idiot et goîtreux, mais d'ailleurs assez grand et assez fort.

IV. — A..., âgé de vingt et un ans. — Taille de 990 millimètres ; — poids du corps, 27 kilogrammes. — Ce jeune homme a l'apparence d'un enfant de douze ans ; sa deuxième dentition n'est pas terminée, les canines de la première dentition, ainsi que les petites molaires, persistent encore ; — les organes génitaux sont assez développés, mais il n'y a aucune trace de poils sur le pubis ; la physionomie de A... est plutôt celle d'un enfant que d'un idiot ou d'un imbécile ; — cependant, l'intelligence est des plus bornées ; non seulement il n'a pas pu apprendre à lire, mais il ne connaît pas même la valeur des pièces de monnaie. — On l'occupe à garder les chèvres. Sa prononciation est très imparfaite. Sa mère est goîtreuse ; il a un oncle paternel et un frère atteints de crétinisme.

En dehors de ces cas graves, on en trouve de plus nombreux dans lesquels l'arrêt de développement est porté beaucoup moins loin. C'est ce qu'il est facile de constater en parcourant les écoles. On y trouve des enfants de douze ou quinze ans qui ne paraissent en avoir que huit ou dix.

En voici un exemple, pris entre beaucoup d'autres :

V. — D..., Joseph, d'Aiguebelle, âgé de quinze ans, ne paraît en avoir que neuf à dix ; sa taille est de $1^{m},25$ et il ne pèse que 25 kilogr. 1/2. La dentition n'est point encore terminée et il n'a encore que cinq dents appartenant à la seconde. Il a, d'ailleurs, la physionomie intelligente et ses traits ne rappellent point le type crétin. — Il

parle facilement, sans hésitation, et répond d'une manière très nette aux questions qu'on lui adresse. — Sa démarche n'est point lourde. Les testicules sont très petits, et il n'y a jusqu'ici aucun signe de puberté.

Il a un frère de onze ans, atteint de crétinisme ; celui-ci, au lieu de la taille svelte de son frère, est gros, ramassé, trapu.

La mère de ces deux enfants est goîtreuse, mais elle prétend ne l'être devenue qu'à la naissance de son second enfant.

Le père est petit, trapu et offre quelques autres signes extérieurs de crétinisme.

Cet arrêt de développement peut se continuer bien au delà de la puberté, et c'est ce que prouve l'observation suivante, que j'ai recueillie dans les Pyrénées, et qui offre un grand intérêt :

VI. — Jérommat, âgé de trente-trois ans, demeurant à Saint-Savin, près de Cauterets, dans la propriété du docteur Bordeu, a l'apparence d'un jeune homme de seize à dix-sept ans. Ses traits juvéniles et l'absence de barbe lui donnent une apparence féminine.

Sa taille est aujourd'hui de $1^m,52$, mais on rapporte que, jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, il est resté très petit. C'est donc depuis six ans qu'il a beaucoup grandi ; les testicules ne sont complètement descendus dans les bourses que depuis deux ans ; c'est aussi à cette époque que sont apparus quelques poils rares au pubis. Sa mère et le docteur Bordeu assurent qu'ils ne se sont jamais aperçus que Jérommat eût le moindre penchant pour les femmes, et lui-même confirme ce fait ; aujourd'hui, cependant, les organes génitaux sont assez bien développés.

5. La dentition n'est pas encore terminée : il n'y a que douze dents en bas et treize en haut ; la deuxième grosse molaire supérieure commence à paraître.

Cet homme a la figure assez régulière, la tête petite, mais bien conformée. Sa prononciation est très nette. Il a pu apprendre à lire et à écrire.

Il a été dit plus haut que, d'après la loi sarde, les conscrits, quand ils n'avaient point la taille à vingt et un ans, étaient obligés de se présenter, au besoin, les deux années suivantes. Malgré cet article de la loi, il est probable qu'un certain nombre de jeunes gens échappaient encore au service militaire, par suite des anomalies de développement qui viennent d'être signalées. On a vu que Jérommat, en particulier, avait beaucoup grandi à partir de vingt-sept ans.

Il importe d'ajouter que des faits de ce genre ne se trouvent pas seulement au milieu des localités gravement atteintes par l'endémie du goître et du crétinisme, mais qu'on en rencontre çà et là, sous différentes formes et à différents degrés, dans toutes les contrées où règne le goître.

En voici quelques exemples qui ont été recueillis dans les départements de Seine-et-Oise, de l'Aisne et du Doubs.

Le docteur Presta m'a communiqué l'observation suivante :

Un jeune homme de vingt-quatre ans, né dans la vallée d'Aunis, près de Pontoise, a l'apparence d'un garçon de seize ans : il est tout à fait imberbe, sa voix est grêle et ses testicules ont le volume d'une noisette. — Ce jeune homme est médiocrement intelligent; il s'est marié il y a quelques années, mais jusqu'ici il n'a point d'enfants.

La grand'mère paternelle avait *un goître volumineux et qui pendait assez bas.*

M. Roque, dans le village de Lagny, près Vervins, département de l'Aisne, a trouvé, dans une famille atteinte de goître, une fille de trente-cinq ans, dont la taille n'était que de 1^{m},20; la tête était grosse et la figure allongée.

Cette fille, médiocrement intelligente, s'employait comme lingère. — Elle avait un peu de vice de prononciation. Elle n'était point goîtreuse, mais sa mère était morte par suite de la *suppuration d'un goître volumineux.*

Dans le même département, à Sains, il a vu également, dans une famille goîtreuse, une autre fille âgée de quarante-neuf ans, et que, dans le village, on désigne sous le nom de *la Naine;* sa taille est d'environ 1^{m},30.

La tête est grosse, mais la face ne rappelle pas celle des crétins. La parole est un peu embarrassée; il n'y a aucune trace de goître. L'intelligence de cette fille est très faible. Ses parents assurent que, jusqu'à l'âge de trois ans, elle était semblable aux autres enfants, mais que l'arrêt du développement avait commencé à cet âge.

La mère et une sœur sont goîtreuses.

Marguerite P..., âgée aujourd'hui de trente-deux ans, née dans le département du Doubs, n'a commencé à marcher qu'à huit ans; elle n'a parlé que vers le même âge; la menstruation ne s'est établie qu'à vingt ans. — Cette fille est d'ailleurs épileptique, d'une intelligence très faible; elle a l'ouïe dure et la parole un peu gênée. — Elle n'a été admise à faire sa première communion qu'à l'âge de vingt et un ans. Sa taille est de 1^{m},47.

Elle porte un petit goître à droite; ses trois sœurs sont goîtreuses, mais une seule a un goître volumineux, qui n'a pu être guéri encore, bien qu'on ait fait deux ponctions suivies d'injections.

Il importe d'ajouter que ni le père, ni la mère de cette fille ne sont goîtreux, mais ils habitent un village dans lequel il y a des goîtreux.

Les faits semblables à ceux qui viennent d'être cités sout nombreux ; on les trouve surtout dans les familles atteintes de goître, et il n'est pas douteux, ainsi que l'admettent d'ailleurs beaucoup d'auteurs, qu'ils ne doivent être rapportés à l'endémie goîtro-crétineuse.

III. — De la surdité, de la surdi-mutité et du bégaiement, dans leurs rapports avec l'endémie goîtro-crétineuse.

Les rapports de ces diverses infirmités avec l'endémie du goître et du crétinisme ne sont contestés par personne. On a cité plus haut les opinions de divers auteurs et les faits sur lesquels ils s'appuient ; on peut ajouter ici que M. Saint-Lager a réuni sur cette question des documents statistiques intéressants.

Il est certain que l'imperfection de la parole et des sens existe non seulement très fréquemment chez les crétins, mais aussi, assez souvent, chez leurs parents. M. de Rambuteau, dans le mémoire qu'il adressa au ministre de l'Intérieur, pendant qu'il était préfet du Valais, a signalé les mêmes faits.

On a cru néanmoins devoir chercher quelques éléments nouveaux pour éclairer cette question. C'est dans ce but qu'on a relevé tous les cas d'exemptions du service militaire, pour cause de surdi-mutité et de bégaiement, dans les quatre-vingt-neuf départements, pendant seize années, de 1850 à 1865.

Ce travail n'a point fourni, à quelques exceptions près, les résultats qu'on aurait pu espérer.

Les cas de surdi-mutité et de bégaiement, comparés à la population générale, sont en effet trop peu nombreux pour révéler la concordance entre le goître et le crétinisme, et ces infirmités.

Ce qu'il faudrait, au point de vue statistique, c'est un relevé dans lequel on distinguerait les cas de surdi-mutité et de bégaiement qui se trouvent dans les familles atteintes de goître et de crétinisme, et dans celles qui en sont exemptes. Alors, sans nul doute, le rapport apparaîtrait très tranché; mais un pareil travail n'a point été fait.

Néanmoins, il y a quelques concordances assez remarquables, même au point de vue très général auquel on s'est placé.

C'est ainsi que, pour la surdi-mutité, la Savoie et les Hautes-Alpes ont la proportion la plus forte, qui correspond à l'endémie goîtro-crétineuse la plus intense. Mais à côté de ces faits, on trouve que les départements d'Indre-et-Loire et du Pas-de-Calais, par exemple, qui n'ont que des proportions extrêmement faibles de goîtreux, se trouvent au premier rang pour la surdi-mutité. Il y a donc, pour certains départements, des causes spéciales de surdi-mutité, qui n'ont aucune relation avec l'endémie goîtro-crétineuse.

Les mêmes réflexions pourraient être faites pour ce qui a trait au bégaiement.

On a cru cependant devoir donner ici, à titre de document, la classification des quatre-vingt-neuf départements, tant pour la surdi-mutité que pour le bégaiement.

Cette classification a été faite, comme on peut le voir, par ordre de gravité décroissante des deux infirmités.

Proportion comparée des cas de surdi-mutité dans les 89 départements.

Nos d'ordre.		Proportion p. 1000.	Nos d'ordre.		Proportion p. 1000.
1	Savoie	2,64	38	Ille-et-Vilaine	0,96
2	Hautes-Alpes	2,22	39	Landes	0,96
3	Pyrénées-Orientales	1,85	40	Meurthe	0,95
4	Indre-et-Loire	1,83	41	Isère	0,95
5	Creuse	1,83	42	Hérault	0,93
6	Pas-de-Calais	1,70	43	Corse	0,90
7	Haute-Savoie	1,65	44	Saône-et-Loire	0,90
8	Cher	1,64	45	Côte-d'Or	0,88
9	Seine-et-Marne	1,59	46	Somme	0,88
10	Ardennes	1,55	47	Sarthe	0,88
11	Gironde	1,52	48	Var	0,87
12	Aveyron	1,51	49	Lot-et-Garonne	0,86
13	Bas-Rhin	1,50	50	Oise	0,86
14	Ain	1,36	51	Calvados	0,85
15	Ardèche	1,34	52	Drôme	0,85
16	Allier	1,32	53	Nord	0,83
17	Haute-Loire	1,30	54	Haute-Marne	0,81
18	Loire	1,30	55	Marne	0,78
19	Vendée	1,28	56	Charente-Inférieure	0,77
20	Puy-de-Dôme	1,26	57	Hautes-Pyrénées	0,77
21	Bouches-du-Rhône	1,23	58	Yonne	0,77
22	Seine-et-Oise	1,21	59	Haut-Rhin	0,76
23	Garonne	1,19	60	Tarn-et-Garonne	0,76
24	Cantal	1,18	61	Morbihan	0,76
25	Manche	1,14	62	Aisne	0,75
26	Vosges	1,13	63	Vaucluse	0,74
27	Aude	1,13	64	Loire-Inférieure	0,73
28	Moselle	1,12	65	Ariège	0,72
29	Indre	1,12	66	Basses-Pyrénées	0,72
30	Finistère	1,11	67	Loiret	0,71
31	Gard	1,11	68	Rhône	0,69
32	Côtes-du-Nord	1,08	69	Doubs	0,67
33	Aube	1,08	70	Deux-Sèvres	0,66
34	Loir-et-Cher	1,06	71	Maine-et-Loire	0,66
35	Charente	1,03	72	Seine-Inférieure	0,65
36	Lozère	1,03	73	Eure-et-Loir	0,63
37	Lot	0,97	74	Corrèze	0,63

Nos d'ordre.		Proportion p. 1000.
75	Nièvre	0,62
76	Dordogne	0,62
77	Basses-Alpes	0,62
78	Haute-Vienne	0,61
79	Jura	0,60
80	Eure	0,58
81	Meuse	0,57
82	Gers	0,56
83	Tarn	0,55
84	Alpes-Maritimes	0,54
85	Mayenne	0,50
86	Vienne	0,47
87	Haute-Saône	0,45
88	Seine	0,42
89	Orne	0,41

Proportion comparée des cas de bégaiement dans les 89 départements.

Nos d'ordre.		Proportion p. 1000.
1	Var	9,17
2	Bouches-du-Rhône	7,91
3	Basses-Alpes	7,57
4	Lot-et-Garonne	7,03
5	Gard	6,60
6	Haute-Savoie	6,51
7	Vaucluse	6,36
8	Cantal	6,31
9	Lot	6,22
10	Drôme	6,12
11	Manche	5,73
12	Pyrénées-Orientales	5,27
13	Hérault	5,22
14	Orne	5,17
15	Isère	4,88
16	Aude	4,82
17	Savoie	4,71
18	Alpes-Maritimes	4,68
19	Calvados	4,60
20	Haute-Loire	4,51
21	Cher	4,45
22	Finistère	4,28
23	Ariège	4,13
24	Sarthe	4,13
25	Gironde	4,12
26	Hautes-Pyrénées	4,10
27	Allier	4,05
28	Landes	4,05
29	Creuse	4,03
30	Tarn-et-Garonne	4,01
31	Ardèche	3,90
32	Dordogne	3,68
33	Somme	3,64
34	Haute-Garonne	3,64
35	Gers	3,64
36	Charente-Inférieure	3,58
37	Loire	3,56
38	Corrèze	3,56
39	Eure	3,42
40	Lozère	3,41
41	Mayenne	3,18
42	Morbihan	2,94
43	Basses-Pyrénées	2,94
44	Seine-et-Marne	2,92
45	Eure-et-Loir	2,86
46	Hautes-Alpes	2,81
47	Maine-et-Loire	2,80
48	Ain	2,78
49	Haute-Marne	2,76
50	Ardennes	2,75
51	Aube	2,75
52	Charente	2,74
53	Vienne	2,70
54	Nièvre	2,65
55	Aveyron	2,58
56	Saône-et-Loire	2,54

Nos d'ordre.		Proportion p. 1000.	Nos d'ordre.		Proportion p. 1000.
57	Indre-et-Loire	2,53	74	Deux-Sèvres	1,99
58	Vosges	2,49	75	Puy-de-Dôme	1,93
59	Seine-Inférieure	2,47	76	Marne	1.82
60	Vendée	2,41	77	Meuse	1,78
61	Pas-de-Calais	2,40	78	Loiret	1,76
62	Seine-et-Oise	2,37	79	Côte-d'Or	1,70
63	Loir-et-Cher	2,36	80	Ille-et-Vilaine	1,58
64	Loire-Inférieure	2,31	81	Haute-Saône	1,57
65	Yonne	2,30	82	Aisne	1,08
66	Côtes-du-Nord	2,25	83	Doubs	1,04
67	Haute-Vienne	2,23	84	Moselle	0,93
68	Oise	2,23	85	Meurthe	0,86
69	Indre	2,22	86	Corse	0,63
70	Rhône	2,16	87	Bas-Rhin	0,62
71	Jura	2,10	88	Seine	0,52
72	Nord	2,06	89	Haut-Rhin	0,31
73	Tarn	2,05			

IV. — Dégénérescence de la population dans les contrées où l'endémie du crétinisme règne avec intensité.

Cette dégénérescence, signalée par plusieurs auteurs, est décrite de la manière suivante, par le rapporteur de la commission du Piémont :

« Les habitants des lieux où les causes d'insalubrité sont en plus grand nombre, et où elles sévissent avec plus d'intensité, ont presque tous un aspect cachectique; les écrouelles et le rachitis y sont assez fréquents. La plupart ont l'ossature énorme, une tête volumineuse, les articulations des extrémités inférieures d'une grosseur extraordinaire, ce qui peut dépendre de leur exercice continuel à la montée et à la descente. Ils ne parviennent point à une taille élevée. Un bon nombre d'entre eux ont le goître, et ceux qui en sont exempts ont le cou gros et empâté. Leur figure présente quelque chose de grossier et d'aplati ; ils ont les zygomes saillants et les yeux écartés, de telle sorte

que leur physionomie présente, du plus au moins, un aspect stupide. »

M. Ferrus, après avoir cité ce passage de la commission du Piémont, ajoute : « Qui, dans ce tableau peut méconnaître une idiosyncrasie bien tranchée? Qui n'y reconnaîtrait, au contraire, les éléments primitifs de la maladie, répandus dans la population tout entière? La Commission se prononce pourtant avec une certaine timidité, ou plutôt elle ne fait pas sentir suffisamment à quel point les racines profondes et les traits essentiels du crétinisme ressortent du tableau qu'elle a tracé. Qu'est-ce donc, pour une population, que l'aplatissement de la figure, la saillie des pommettes, l'étrange écartement des yeux et l'aspect plus ou moins stupide des physionomies? »

Plus loin, Ferrus ajoute : « Le crétinisme n'est pas, on le voit, un fait accidentel, isolé, sans corrélation avec les dispositions générales des populations. Les causes déterminantes peuvent avoir sans doute une certaine influence sur les cas qui se manifestent, mais la source du mal est plus profonde, plus enracinée. Il n'y a point seulement là des crétins à traiter, mais une population entière, d'une manière soutenue et par tous les modificateurs généraux.

« Ce fait constitutionnel du crétinisme, éparpillant en quelque sorte ses traits affaiblis et diffus sur l'ensemble des habitants, là où l'endémie est active et où ses racines sont profondes, est digne de toute attention. »

M. le docteur Marchant, en même temps qu'il étudiait avec soin le goître et le crétinisme dans les Pyrénées, n'a pas manqué de porter son attention sur les caractères que présentaient les populations (1). Il les a divisées, sous ce rapport, en deux catégories.

(1) Marchant. *Observations dans les Pyrénées*. Paris, 1842.

Il classe dans la première les habitants des hautes vallées, qui se distinguent, dit-il, moins par leur stature élevée que par les proportions parfaites qu'ils présentent dans le corps et les membres.

Dans la deuxième catégorie, il place les habitants des vallées inférieures, où règnent le goître et le crétinisme.

« Il s'en faut de beaucoup, dit M. Marchant, que les Pyrénéens de la seconde catégorie présentent les avantages physiques que nous avons vu caractériser les habitants des vallées supérieures. Tout, au contraire, chez eux, annonce une race d'hommes dégénérée. Leur taille est généralement au-dessous de la moyenne; et les membres disproportionnés donnent à leur personne une apparence commune et trapue. Les jambes de ces montagnards sont courtes et grosses, tandis que leurs extrémités thoraciques semblent avoir une longueur démesurée; leurs pieds sont plats, larges et très gros ; ils sont fortement débordés en arrière par le calcanéum, qui, à en juger par la largeur du talon, serait en même temps plus étendu transversalement chez ces individus que chez ceux de la première catégorie. Leurs mains sont courtes et terminées par des doigts très gros et peu mobiles dont les extrémités unguéales, très larges, semblent presque toutes finir au même niveau; quelquefois, un, deux ou plusieurs doigts sont proportionnellement plus courts que les autres.

« Quant au visage de ces Pyrénéens, il est large, court, très plat et surtout remarquable par la saillie des os malaires et la longueur des arcades zygomatiques; leur bouche, entourée de lèvres épaisses et pendantes, est désagréablement ouverte entre un nez épaté et un menton court et arrondi, fuyant en bas et en arrière, et qui est ombragé par une barbe rare, quoique grosse et d'une couleur le plus souvent rousse.

« Leur crâne, moins volumineux que celui que nous avons observé chez les montagnards de la première catégorie, manque toujours de symétrie et présente des dégradations saillantes; ainsi, le front est bas, déprimé sur les côtés; la voute crânienne, sans hauteur, paraît exclusivement constituée par sa base. Une chevelure épaisse recouvre le couronnement de ces individus difformes; et ce n'est qu'après avoir pris l'habitude de palper toutes les têtes que nous nous sommes bien rendu compte de leur irrégularité.

« C'est dans cette partie de la population, dont le tempérament est généralement lymphatique, que les goîtreux et les crétins se trouvent presque exclusivement; on peut même ajouter que les individus qui sont épargnés par la première de ces affections ont tous, en général, le cou très gros et très court.

« C'est encore parmi les Pyrénéens de cette catégorie que l'on observe le grand nombre de sourds-muets et de scrofuleux que nous retrouverons plus tard dans les villages et les familles de crétins.

« Tel est le triste apanage des habitants des vallées basses et circonscrites par de hautes montagnes.

« La conformation physique de ces habitants révèle en eux de profondes empreintes d'animalité; ou mieux, cette conformation est telle qu'on pourrait déjà la regarder comme l'expression d'un premier degré de crétinisme. Examinons maintenant si les caractères intellectuels et moraux de ces populations sont dans un rapport exact avec leur conformation physique.

« D'abord, rien ne rappelle ici cette activité incessante, cette fierté que nous avons constatée chez les habitants de la première catégorie.

« Tout, au contraire, chez ces malheureux, respire l'in-

dolence et l'apathie la plus absolue : c'est à peine s'ils pensent à s'abriter contre les intempéries des saisons et à se garantir des nombreuses influences locales, capables d'altérer gravement leur santé. Les villages sont généralement plus mal bâtis que ceux qui sont situés sur les pentes ou placés dans de hautes vallées.

« C'est encore parmi ces Pyrénéens que l'on observe une misère plus profonde, un goût moins prononcé pour les petites industries qu'inspire le besoin, et qui distinguent les habitants de nos montagnes. Aussi, fournissent-ils presque exclusivement le nombre considérable de mendiants que l'étranger rencontre à chaque pas, et qui, les jours de fêtes et de marchés, vont assiéger, dans la ville voisine, les portes des églises et des maisons. Est-il besoin d'ajouter, après tout ce qui précède, que les facultés intellectuelles de ces Pyrénéens sont très bornées, mais qu'en revanche ces montagnards sont rusés, rampants, très enclins au vol et à la débauche ? »

Il résulte de ce qui précède que la cause qui produit le goître et le crétinisme endémiques, quand son action est d'ailleurs favorisée par d'autres causes secondaires, finit à la longue par atteindre, à des degrés très différents, une partie plus ou moins grande de la population.

On peut alors observer, chez un grand nombre d'individus, des signes isolés de crétinisme. Ces signes, bien que très divers, sont faciles à saisir ; chez l'un, ce sont les traits du visage qui rappellent ceux des crétins ; chez l'autre, la petitesse de la taille ; chez un troisième, la mauvaise conformation du corps, puis l'imperfection des sens ou de la parole, etc.

On constate, en outre, dans les familles, des faits de deux ordres très différents : dans les unes, il y a tendance à la dégénérescence, dont les traits s'accentuent de plus en

plus ; dans les autres, au contraire, une tendance au retour vers l'état normal.

Ces différents effets se produisent suivant les alliances et les conditions d'aisance ou de misère, etc. On rencontre souvent des individus dont le corps est svelte et bien conformé, mais conservant encore des caractères de crétinisme dans les traits du visage et dans la conformation de la tête. Ces derniers caractères semblent, en général, ceux qui se transmettent le plus longtemps dans les familles.

Aux signes physiques de la dégénérescence, se trouve le plus souvent réuni l'abaissement du niveau intellectuel, et il est inutile de rappeler ici tout ce qu'a dit, sous ce rapport, M. Marchant.

III

DU GOITRE

I. — Du goitre chez les animaux domestiques (1).

« La question du goître chez les animaux paraît n'avoir été jusqu'ici que très peu étudiée, et je crois utile de faire connaître le résultat de quelques recherches entreprises récemment sur ce sujet dans les départements de la Savoie et de l'Isère. Ces recherches m'ont conduit à constater un fait nouveau et qui offre peut-être quelque intérêt pour la physiologie pathologique.

« Dans plusieurs localités de la Maurienne, à Aiguebelle, à Saint-Jean, à Saint-Michel, à Modane, j'ai trouvé, chez les mulets, l'hypertrophie du corps thyroïde dans une proportion si considérable qu'elle dépasse de beaucoup, dans ces localités, celle qu'on observe chez l'homme.

« Dans une écurie de Modane, par exemple, sur vingt mulets il y en avait dix-neuf atteints de goître. Si la proportion pour l'ensemble des faits n'est pas aussi grande, elle reste néanmoins très forte et semble pouvoir être évaluée à plus des deux tiers.

(1) Cette note a été lue, en mon nom, à l'Académie des Sciences, par M. Rayer, dans la séance du 15 septembre 1862.

« Le fait, observé d'abord dans la Maurienne, a été confirmé d'une manière remarquable par des recherches dans le département de l'Isère.

« L'examen de trente mulets, à l'usine métallurgique d'Allevard, a permis de constater l'existence du goître sur vingt-trois de ces animaux.

« Dans l'état normal, les glandes thyroïdes des mulets sont grosses comme des châtaignes, et il importe de faire remarquer qu'on n'a considéré comme atteints de goître que les mulets chez lesquels ces glandes avaient acquis le volume d'un œuf de poule. Le plus souvent, rien ne décèle l'existence de cette tumeur au dehors ; cependant il y a sous ce rapport d'assez grandes différences, selon la conformation du cou des animaux. Sur les trente mulets de l'usine d'Allevard, il y avait quatre ou cinq goîtres faisant saillie au dehors.

« En général, ces goîtres sont très mobiles et ne produisent aucune gêne ; dans trois cas seulement, la trachée était assez comprimée, pendant les grands efforts musculaires, pour faire corner les animaux.

« L'hypertrophie porte d'ailleurs sur les deux glandes ou sur une seule, et, dans ce dernier cas, c'est plus souvent sur celle du côté gauche.

« A Allevard, j'ai prié M. le docteur Niepce, bien connu pour ses recherches sur le goître et sur le crétinisme, de vouloir bien examiner les trente mulets de l'usine, et il est arrivé, comme moi, à constater vingt-trois cas de goître.

« L'existence, chez les mulets, d'une prédisposition spéciale à l'hypertrophie des glandes thyroïdes ne semble donc pas pouvoir être mise en doute. Cette prédisposition, en effet, n'existe plus au même degré chez les autres animaux domestiques.

« Les chevaux sont assez souvent atteints de goître, mais la proportion est beaucoup moins forte que chez les mulets.

« Cependant, parmi les faits que j'ai recueillis, il en est un qui tend à prouver que, dans certaines conditions au moins, la fréquence peut être encore très grande. A Saint-Jean-de-Maurienne, sur les sept chevaux de la brigade de gendarmerie, quatre sont devenus goîtreux, après un séjour de moins de deux années ; ce fait paraît d'autant plus remarquable que ces chevaux, bien nourris, bien soignés, sont logés dans une écurie spacieuse, très éclairée et très aérée.

« Après les chevaux, ce sont les chiens qui semblent le plus prédisposés à l'hypertrophie des glandes thyroïdes. Enfin, on en trouve encore des cas isolés chez les vaches, les moutons, les chèvres et les porcs.

« Il est impossible de ne pas rattacher les goîtres des animaux aux causes endémiques qui produisent la même affection chez l'homme.

« Cependant, en présence de cette proportion si forte de goîtres, observée chez les mulets, dans les départements de la Savoie et de l'Isère, j'ai cru devoir examiner un assez grand nombre de ces animaux dans des localités saines. Comme on devait s'y attendre, à de rares exceptions près, les glandes thyroïdes ont été retrouvées avec leur volume normal.

« Le goître endémique, contrairement à l'opinion jusqu'ici soutenue par les médecins-vétérinaires, est donc fréquent chez les animaux domestiques, et, comme on l'a vu, cette fréquence est surtout très grande chez les mulets.

« La prédisposition de ces animaux à contracter le goître pourrait peut-être être mise à profit pour l'étude de cette maladie. Il serait, en effet, facile d'instituer des expériences

pour déterminer au moins l'action des eaux sur sa production.

« M. Grange a cité le fait d'un ingénieur qui serait parvenu à se donner le goître en buvant pendant quelques mois de l'eau chargée de sels magnésiens. Il y a dans la Maurienne plusieurs sources dont les eaux, dit-on, produisent rapidement l'hypertrophie du corps thyroïde. On assure que de jeunes conscrits sont ainsi parvenus à se faire exempter du service militaire. Ces faits, que tout le monde répète, ne sont cependant pas directement prouvés. Ne pourrait-on, par exemple, essayer chez quelques mulets et dans les localités saines, l'effet de l'eau chargée des mêmes sels et dans les mêmes proportions? La prédisposition très grande qu'ont ces animaux à contracter le goître ne pourrait manquer de donner à des expériences de ce genre un certain intérêt.

« En résumé :

« Les animaux domestiques sont souvent atteints de goître dans les localités où cette affection est endémique. Elle s'observe surtout alors chez les chiens et chez les chevaux, mais elle sévit d'une manière spéciale et tout à fait exceptionnelle chez les mulets. »

Cette note ayant été communiquée à l'Institut par M. Rayer, alors président de la Commission, M. Rey, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, fit faire une enquête à l'usine d'Allevard. Les mulets sur lesquels on avait trouvé une forte proportion de goîtres furent examinés de nouveau par un médecin-vétérinaire, et cet examen donna des résultats négatifs.

M. Rey se crut dès lors autorisé à publier, dans la *Gazette médicale de Lyon*, un mémoire dans lequel il cherche à prouver l'inexactitude des faits, allant même jusqu'à supposer qu'une erreur anatomique avait peut-être été com-

mise; l'appendice d'une glande voisine ayant pu être pris pour la glande thyroïde elle-même.

L'existence de l'endémie du goître chez les animaux domestiques, surtout lorsqu'elle sévit avec intensité, offre un assez grand intérêt pour que nous croyions devoir donner ici des extraits des trois documents suivants, qui ne laissent aucun doute sur l'exactitude des faits communiqués à la Commission.

I. Rapport de M. le docteur Rey, médecin à Grenoble, et de M. Palat, médecin-vétérinaire au 4e régiment d'artillerie, contenant les résultats de l'examen auquel ils ont soumis les mulets d'Allevard.

« Il nous importait de déterminer d'abord, aussi exactement que possible, quel est le volume normal du corps thyroïde chez le mulet.

Nous n'avions malheureusement à notre disposition, pour nous servir de terme de comparaison, que des chevaux ; il restera donc à savoir si, chez le mulet, la glande affecte une disposition ou un volume différents.

Quoi qu'il en soit, soixante-dix chevaux des officiers du 4e d'artillerie ont été attentivement examinés. Sur cinquante de ces chevaux, les glandes thyroïdes sont latéralement accolées au larynx, elles y adhèrent intimement, et ne présentent d'autre saillie qu'un léger renflement, sur lequel la main promenée le long de la trachée, et de bas en haut, passe sans être arrêtée.

Dans ces cinquante cas, les glandes thyroïdes semblent faire partie intégrante du larynx.

Sur les vingt autres chevaux, elles sont plus ou moins mobiles, roulent, en général, sous les doigts et offrent, quant au volume, les différences suivantes : sur deux chevaux, elles atteignent la grosseur d'un œuf de pigeon; sur

six, elles sont comme des noix ; et sur douze, elles sont comme des châtaignes.

Pour compléter cette première expérience, un cheval de la localité, envoyé à l'équarrissage, pour une boiterie incurable, mais parfaitement sain d'ailleurs, est abattu. Cet animal, préalablement examiné, est âgé de quinze ans ; les glandes thyroïdes sont trouvées mobiles et de la grosseur d'une belle noix. (Dans l'opinion de M. Palat, il y aurait une légère hypertrophie dans ce cas.)

A l'autopsie, ces glandes sont isolées et ne présentent pas le prolongement, correspondant à l'isthme des glandes thyroïdes chez l'homme. Leur couleur, leur consistance, leur structure, sont normales. Elles s'étendent du cartilage cricoïde au premier anneau de la trachée, qu'elles recouvrent presque en entier. Leur forme est celle d'une châtaigne aplatie, dont le plus grand diamètre est parallèle à l'axe de la cavité du larynx.

Elles sont logées, pour ainsi dire, dans une espèce d'excavation formée en haut, en avant et en arrière, par les saillies du cartilage thyroïde, des muscles du larynx et du cou ; du tissu cellulaire, ou plutôt de la graisse, les entourent de toutes parts.

Cette disposition empêche d'en apprécier exactement le relief, quand elles ne sont pas hypertrophiées.

Les deux glandes ne sont pas tout à fait aussi grosses l'une que l'autre ; la plus volumineuse est la gauche, dont voici les dimensions :

Hauteur.	0,045	millimètres.
Largeur.	0,030	—
Épaisseur	0,018	—

Son poids est de 11 grammes 75 centigrammes.

La glande droite a 0,045 millimètres de hauteur ;

0,025 millimètres de largeur, et 0,016 millimètres d'épaisseur. Son poids est de 11 grammes 27 centigrammes.

Nous avons conclu de ces expériences préalables :

1° Qu'à l'état normal, les glandes thyroïdes du cheval sont le plus souvent adhérentes, immobiles et semblent faire partie du larynx.

Le renflement qu'elles forment à l'extérieur correspond à peine aux dimensions d'une châtaigne aplatie.

2° Que l'hypertrophie de ces glandes commence à se manifester par une certaine mobilité, ainsi que le prouve l'autopsie des glandes thyroïdes d'un cheval de quinze ans.

3° Que la diminution des glandes, avec l'âge, n'est pas un fait constant, puisque chez le cheval abattu, dont il vient d'être question, elles étaient relativement volumineuses, et qu'ainsi que vous le verrez, c'est précisément sur de jeunes mulets que nous les avons trouvées les plus petites à Allevard.

Faisant donc application de ces données, voici les résultats de notre examen :

Tous les mulets employés aux travaux métallurgiques d'Allevard ont été amenés à l'usine par l'ordre de M. Charrière, que nous devons remercier ici pour sa bienveillance et sa complaisance parfaites à notre égard ; ces mulets, au nombre de cinquante-cinq, sont divisés en quatre catégories :

1re catégorie habitant Allevard : 30 mulets.

Glandes thyroïdes visibles à l'extérieur	3
Glandes offrant le volume d'un œuf.	9
— de la grosseur d'une noix.	10
— très mobiles, un peu hypertrophiées . .	5
— mobiles seulement	2
État normal semblable à celui de cinquante chevaux observés à Grenoble.	1
(Ce mulet est âgé de cinq ou six ans).	
Total.	30

Soit 22 hypertrophies incontestables. Dans les 27 cas marquants, l'hypertrophie s'est montrée 7 fois à gauche, 7 fois à droite, 13 fois des deux côtés à la fois; 3 fois également des deux côtés, 4 fois plus à gauche, et 1 fois plus à droite qu'à gauche.

La longueur du poil d'hiver ne nous a pas permis de reconnaître extérieurement, et à la simple vue, toutes les glandes assez volumineuses pour faire au dehors une saillie apparente.

Dans la deuxième catégorie, sont comptés six mulets habitant Saint-Pierre-d'Allevard, et chez lesquels on a constaté quatre cas d'hypertrophie légère.

Il est inutile de parler des deux dernières catégories, car il s'agit de mulets habitant la montagne, ou arrivés à l'usine depuis huit ou dix jours seulement. »

Il résulte de ces recherches, faites, comme on le voit, avec le plus grand soin, que la fréquence du goître chez les mulets ne saurait désormais être mise en doute. M. le docteur Rey et M. Palat n'ont trouvé que trois goîtres assez volumineux pour être visibles à l'extérieur; mais dans neuf autres cas, les glandes thyroïdes avaient acquis le volume d'un œuf; ce qui constitue une hypertrophie déjà assez forte, la glande normale n'ayant guère que le volume d'une châtaigne.

Quand bien même on s'en tiendrait à ces 12 cas sur 36 mulets, on aurait déjà la proportion de près de 33 pour 100, de goîtres incontestables. On pourrait donc ici se borner à ce résultat. Mais il importe de faire remarquer que les auteurs du rapport ont, avec raison, noté une proportion beaucoup plus forte, en tenant compte d'autres cas d'hypertrophie dont la réalité ne peut être mise en doute, bien que les glandes n'eussent pas atteint le volume d'un œuf.

Au milieu des populations atteintes par l'endémie, on constate, en effet, un très grand nombre de goîtres commençants, à côté des goîtres plus ou moins volumineux. On pouvait donc prévoir à l'avance qu'il en serait de même chez les animaux.

Les recherches de M. le docteur Rey et de M. Palat sont d'ailleurs confirmées par d'autres qui ont été faites dans la Maurienne.

II. Dans une lettre adressée à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, M. Emery, médecin à Aiguebelle, affirme que « sur vingt mulets, qu'il a visités, dans différentes communes du canton d'Aiguebelle, six étaient atteints de goître, le plus gros égalait un œuf de dinde. Ces mulets n'étaient jamais incommodés par cette hypertrophie, un seul respirait très fortement quand il mangeait l'avoine. Le goître, chez eux, ne comprimait nullement la trachée ; la peau du cou était très lâche et les glandes n'étaient jamais adhérentes.

« Les propriétaires de ces mulets, ajoute-t-il, savent bien qu'ils sont atteints du goître, mais ils connaissent aussi l'innocuité de cette affection, qui ne les déprécie en rien, soit pour la vente, soit pour le travail.

« M. Émery pense que les chiens sont aussi fréquemment atteints de goître que les mulets ; on ne prend garde aux chiens goîtreux que lorsque le volume de la tumeur est assez apparent pour qu'on se dispense de la constater par le toucher ; mais si l'on se donnait la peine de la rechercher, on serait étonné de sa fréquence. Chez eux, l'hypertrophie du corps thyroïde atteint quelquefois un développement considérable, ce qui n'arrive jamais chez le mulet. »

Il suffit de faire remarquer ici cette proportion de 6 cas de goître sur 20 mulets ; l'un de ces goîtres avait acquis le volume d'un œuf de dinde.

Il convient aussi de noter l'opinion de M. Émery sur la fréquence du goître chez les chiens, fréquence beaucoup plus grande qu'on ne l'a cru jusqu'ici, parce qu'on s'était borné, comme pour les chevaux, à ne compter que les goîtres visibles à l'extérieur.

III. Rapport de M. Péronnet, médecin-vétérinaire du département de la Savoie, inspecteur des abattoirs de Chambéry.

« D'après l'invitation qui m'en avait été faite, j'ai procédé à la visite des mulets de M. Broucq, qui font le service de la correspondance générale de Saint-Michel à Suze, et des chevaux de M. Hortier, maître de poste de Saint-Michel à Modane. J'ai visité 60 mulets et 45 chevaux.

« Sur les 60 mulets, j'ai trouvé 28 cas de goître ; chez les uns, le goître était très sensible au toucher, de chaque côté de la trachée artère; chez d'autres, du côté droit seulement, ou du côté gauche.

« Sur les 45 chevaux, j'ai trouvé 15 cas de goître, dans les mêmes conditions que chez les mulets. J'ai observé chez un cheval un goître assez volumineux pour le voir sans qu'il fût besoin de le toucher. Tous les autres n'ont été reconnus qu'en palpant les glandes thyroïdes.

« J'ai observé le goître assez fortement chez le chien. »

A la suite de ce rapport, M. Péronnet ajoute qu'une partie de ses recherches sur le goître des mulets a été faite en présence de M. Lecoq, directeur de l'École vétérinaire de Lyon.

Il est à regretter que l'auteur du rapport n'ait pas précisé le volume des goîtres chez les mulets et chez les chevaux qu'il a visités avec M. Lecoq. Mais le fait même de l'existence de ces goîtres ne saurait être mis en doute et,

comme on le voit, les proportions trouvées sont encore ici très considérables.

De l'ensemble de ces recherches, il est permis de conclure que le goître endémique, qu'on regardait comme très rare chez les animaux domestiques, est au contraire très fréquent.

Bien que les animaux atteints n'éprouvent, à quelques exceptions près, aucun inconvénient grave de cette maladie, le fait n'en offre pas moins un grand intérêt. On peut espérer, en effet, qu'un jour des expériences suivies avec persistance, et qu'il sera facile d'instituer chez les animaux, pourront éclairer la question étiologique.

III

DES RAPPORTS

DU GOITRE ET DU CRÉTINISME

La fréquence de l'idiotie, des arrêts de développement, de la surdité, de la surdi-mutité, du bégaiement, de la dégénérescence de la race, dans les contrées où règne le crétinisme, est expliquée par les mêmes causes qui provoquent le crétinisme lui-même.

Cette opinion n'a jamais soulevé d'objections, mais il n'en est pas de même pour ce qui a trait au goître.

Sans doute, partout où règne l'endémie du crétinisme, il y a un très grand nombre de goîtreux, mais on n'est pas d'accord pour attribuer le crétinisme et le goître aux mêmes causes. Certains auteurs soutiennent en effet qu'il faut admettre deux endémies distinctes.

Il y a donc lieu, avant tout, d'examiner la question des rapports du goître et du crétinisme, question d'un très grand intérêt et dont l'importance n'a pas besoin d'être démontrée.

J'ai donc cru devoir étudier cette question avec tous les développements qu'elle comporte.

La commission instituée en 1845 par le gouvernement de Piémont pour l'étude du crétinisme n'avait rattaché le goître à ses recherches que d'une manière très accessoire.

Le programme adressé par elle aux médecins des provinces comprenait trente-cinq questions dont deux seulement avaient trait à l'histoire du goître et à ses rapports avec le crétinisme.

Quand l'enquête fut terminée, cette commission crut pouvoir conclure des documents qui lui avaient été adressés, que les deux maladies sont essentiellement distinctes, et que leur coexistence fréquente dans une même localité est due à une simple coïncidence.

Cependant cette opinion, bien que défendue par un certain nombre d'auteurs, est loin d'être généralement admise. Beaucoup d'observations, en effet, ont permis de soutenir avec Fodéré que le goître et le crétinisme sont unis par les liens étiologiques et pathologiques les plus étroits, et qu'en réalité ces deux maladies ne sont que deux manifestations différentes d'une seule et même endémie.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'intérêt des questions qui se rattachent à ce sujet.

L'endémie goîtreuse, en effet, existe dans plus de quarante départements, et il importe de savoir, si partout où elle règne avec une certaine intensité, elle entraîne, comme conséquence, une tendance plus ou moins marquée à la dégénérescence de la race.

Est-il vrai qu'on observe partout, dans les familles atteintes de goître, sinon le crétinisme complet, au moins des cas plus nombreux d'idiotie, d'arrêt de développement, de bégaiement, de surdité, de surdi-mutité, etc. ?

On comprend que s'il en était ainsi, ces cas, bien que rares en apparence, mais qui se reproduiraient dans un très grand nombre de contrées, ne mériteraient pas moins

de fixer l'attention que le crétinisme véritablement endémique, mais limité à des localités beaucoup plus restreintes.

La question des rapports du goître et du crétinisme est donc l'une des plus importantes parmi celles que soulève l'étude de ces deux maladies. On peut ajouter qu'elle est une des premières, sinon la première qu'il importe de résoudre, car sa solution ne peut manquer d'avoir une grande influence sur les travaux de la commission. Si le goître et le crétinisme ne sont que deux manifestations d'une seule et même endémie, il n'y a à poursuivre qu'un seul ordre de recherches, mais dans le cas contraire, il en serait tout autrement. On pourrait, en effet, dire alors, avec M. Parchappe, que pour perfectionner la science en ce qui concerne le goître et le crétinisme « il est indispensable de soumettre chacune de ces deux affections à une étude distincte non seulement au point de vue pathologique, ce qui a déjà été fait, mais encore au point de vue étiologique, ce qui est à faire ».

Les considérations qui précèdent expliquent et légitiment les développements dans lesquels nous avions cru devoir entrer sur cette question, d'ailleurs très controversée, et sur laquelle, comme on va le voir, les auteurs sont très divisés.

I. — Opinions des auteurs sur les rapports du goître et du crétinisme.

Deux doctrines très différentes ont été et sont encore soutenues.

D'après la première, le goître et le crétinisme devraient être considérés comme deux maladies essentiellement distinctes ; — d'après la seconde, au contraire, ces deux

affections seraient de même nature et il faudrait en réalité les rattacher à une seule et même endémie.

La première doctrine admise, comme il a été dit plus haut, par la commission de Piémont, a surtout été soutenue en France par MM. Ferrus, Kœberlé et Morétin, et aussi jusqu'à un certain point par M. Parchappe.

Après avoir rappelé l'opinion qui tend à rattacher le goître au crétinisme par les liens étiologiques et pathologiques les plus étroits, le rapporteur de la commission sarde s'exprime ainsi : « Si l'on considère, dit-il, qu'il se trouve des crétins entièrement privés du goître ; que le degré du crétinisme n'est pas toujours en raison directe du volume de la tumeur ; qu'enfin on rencontre des individus portant un goître volumineux sans présenter le moindre indice de crétinisme, il est permis de conclure que le goître ne constitue pas un symptôme essentiel, mais qu'il forme une concomitance purement accidentelle de cette triste dégénération. »

Et plus loin il ajoute : « Le goître endémique dans les pays de montagne existe par lui-même ; il a des causes qui lui sont propres, il se développe et progresse sans être ni la cause ni l'effet du crétinisme. Il y a des régions dans lesquelles les habitants en sont presque tous affectés sans qu'il se trouve parmi eux des traces de crétinisme, et cette circonstance se rencontre surtout à l'entrée des vallées. »

Il n'est pas besoin de faire remarquer que ces deux passages tendent à établir entre le goître et le crétinisme une séparation complète, et l'auteur, comme on le voit, ne regarde la réunion fréquente des deux maladies que comme une simple coïncidence.

Ferrus semble avoir admis jusqu'à un certain point une communauté d'origine entre le goître et le crétinisme,

néanmoins il doit être rangé parmi les adversaires de la doctrine de Fodéré.

Après avoir rappelé que le goître se trouve souvent chez des sujets d'une santé parfaite et d'un esprit développé, il ajoute :

« Quelle que soit la distance que cette condition vraiment majeure mette entre le goître et le crétinisme, il est convenable de se demander si, toutes les fois que la première affection existe, il y a, sinon commencement de crétinisme, du moins tendance à cette affection. En répondant nettement par l'affirmative, je ne démens rien de ce que j'ai avancé sur la diversité des deux états.

« Voici pourquoi :

« Suivant la définition que j'ai proposée, le crétinisme consisterait dans une hydrocéphalie diffuse ou dans un œdème cérébral. Tant que cette maladie ne s'est pas nettement dessinée, les individus atteints de goître restent dans les conditions des habitants de la contrée, déjà placés sous la dépendance de la constitution générale qui prédispose au crétinisme et peut y conduire.

« Le crétinisme ne commence réellement que là où le cerveau est modifié dans sa contexture ou tout au moins comprimé par la sérosité. C'est à ces modifications organiques qu'il faut également rapporter, comme effets consécutifs, certains arrêts de développement, les altérations osseuses elles-mêmes, l'obtusion des sens, en un mot tous les grands phénomènes de la maladie.

« Les goîtreux, dans les localités endémiquement crétineuses, sont disposés, pour ainsi dire, au crétinisme, comme les tempéraments sanguins le sont aux phlegmasies, et les constitutions appauvries aux scrofules. »

Cette dernière phrase ne semble laisser aucun doute sur l'opinion de Ferrus.

Il y a bien loin, en effet, de la doctrine qui tendrait à faire admettre que les goîtreux sont disposés au crétinisme, comme les tempéraments sanguins le sont aux phlegmasies, à celle qui tend à établir ce fait capital, que le goître et le crétinisme sont deux manifestations d'une seule et même cause spécifique.

M. Kœberlé (1) s'est prononcé sur cette question d'une façon plus précise que Ferrus, et il sépare complètement, comme la commission de Piémont, le goître du crétinisme. « On a dès longtemps remarqué, dit-il, que le goître était très commun dans les pays où le crétinisme est endémique, et que de nombreux crétins étaient affectés d'un goître plus ou moins volumineux. Partout on a rattaché le goître au crétinisme, et on a considéré les états morbides comme étant plus ou moins inséparables et comme dérivant des mêmes causes. »

Or, pour prouver qu'il n'en est pas ainsi, l'auteur cite les statistiques de la commission sarde et de Mgr Billiet.

La première constate que pour 21,841 goîtreux il n'y avait que 7,084 crétins dont 3,913 seulement étaient signalés comme affectés de goître.

D'après la seconde, dans le diocèse de Maurienne, on aurait trouvé 4,010 goîtreux n'offrant aucune trace de crétinisme, et 1,577 crétins dont 296 n'étaient point goîtreux, d'où l'on peut conclure que le goître existe très souvent sans le crétinisme et très souvent aussi le crétinisme sans goître. « Si l'on rencontre en général des goîtreux dans les localités où le crétinisme est endémique, ajoute M. Kœberlé, l'affection goîtreuse, d'autre part, est très répandue

(1) Kœberlé, *Essai sur le crétinisme*, in Dagonet, *Traité des maladies mentales*. Strasbourg, 1862.

dans un grand nombre de localités où le crétinisme est inconnu, et où elle atteint les individus les mieux conformés, du reste, et les plus intelligents, sans que depuis une longue série de générations les goîtreux aient engendré des crétins.

« Enfin, ajoute-t-il encore, les simples idiots et les imbéciles sont parfois communs dans des localités où l'on n'observe ni crétins, ni goîtreux. Dans les pays où règne le goître, les imbéciles et les simples idiots peuvent en être atteints sans que leur conformation corporelle présente alors les caractères du crétinisme.

« Par conséquent, le goître n'existant que chez la moitié des crétins et se trouvant très répandu chez des individus intelligents et chez des idiots, qui ne présentent pas les caractères du crétinisme, il en résulte que le goître ne peut être considéré comme un attribut de cette dégénérescence, et que l'idiotie compliquée de goître n'est pas nécessairement crétinique : l'idiotie simple, le crétinisme, l'affection goîtreuse, sont des états morbides *distincts, indépendants*, mais qui peuvent se trouver associés. »

Telle est aussi l'opinion de M. Morétin ; il assure qu'on voit dans certains villages le goître se perpétuer depuis les temps les plus reculés, sans avoir la moindre tendance à dégénérer en crétinisme. Plus loin, il va même jusqu'à prétendre que les observateurs modernes, parmi ceux qui n'ont pas fait seulement de la science dans le cabinet, mais qui ont exploré les contrées à goître et à crétinisme, sont unanimes pour séparer ces deux affections.

M. Parchappe s'est moins nettement prononcé que les auteurs qui viennent d'être cités.

Néanmoins les passages qui suivent prouveront qu'il était bien près de partager l'opinion de la commission de Piémont :

« Sans contester, dit-il, en aucune sorte, la réalité et l'importance des affinités qui existent entre le goître et le crétinisme, j'ai exprimé l'opinion que ces deux maladies diffèrent essentiellement par leur nature pathologique, et que pour parvenir à perfectionner la science en ce qui concerne ces deux affections, il est indispensable de soumettre chacune d'elles à une étude distincte non seulement au point de vue pathologique, ce qui a été déjà fait, mais encore et surtout au point de vue étiologique, ce qui est à faire. »

Ailleurs, l'auteur écrit encore ce qui suit :

« Des considérations pathologiques, dont la valeur ne saurait être niée, ne permettent pas de confondre en une même maladie le goître qui se produit habituellement après la naissance à la manière d'une maladie, et le crétinisme qui se présente essentiellement sous la forme d'une infirmité congéniale. Et si, tout en reconnaissant la réalité de cette différence fondamentale, entre ces deux affections, on a pu admettre pour elles une sorte *de communauté étiologique*, il n'en est pas moins vrai que les questions à résoudre pour chacune d'elles présentent de très réelles différences, sous le triple point de vue statistique, étiologique et prophylactique à embrasser dans une enquête. »

Ainsi le goître et le crétinisme seraient deux affections essentiellement distinctes par leur nature pathologique, et entre lesquelles il existe tout au plus une sorte de communauté étiologique. Pour appuyer son opinion, M. Parchappe a surtout insisté sur ce fait « qu'il y a des contrées où le goître existe sous la forme endémique dans des proportions considérables et où le crétinisme est inconnu ou ne se manifeste que rarement et très secondairement, tandis qu'il y a d'autres contrées, au contraire, où le crétinisme se présente, au milieu de populations plus ou moins

atteintes par le goître, comme un mal dominant par sa gravité et même par sa fréquence. »

Pour démontrer ce fait, M. Parchappe a réuni dans des tableaux, d'une part, les localités où le goître régnerait à l'état endémique sans qu'on y observât le crétinisme, et d'autre part, celles où cette dernière maladie existerait sans qu'il y eût de goîtreux.

Ces citations suffisent pour démontrer l'existence de la doctrine qui tend à faire du goître et du crétinisme deux affections tout à fait distinctes, en même temps qu'elles font connaître les principaux arguments sur lesquels on s'appuie pour la soutenir.

L'opinion opposée ne manque pas non plus de partisans, et il faut citer au premier rang Fodéré, MM. Tourdes, Morel, Chabrand et Fabre.

D'après Fodéré (1), le crétinisme ne se trouve que là où il y a du goître; il marche de pair avec cette maladie : « Je présume, dit-il, qu'il n'en est que l'effet immédiat, ayant pour cause éloignée la même cause que le goître. »

Ailleurs encore, il ajoute que « la propagation du crétinisme suppose toujours des parents goîtreux ».

Enfin le même auteur assure que les parents qui ont un goître un peu considérable ont toujours le malheur d'avoir des enfants atteints de quelque degré de crétinisme.

D'après Fodéré, le lien qui unit les deux maladies serait donc, comme on le voit, des plus étroits.

M. le professeur Tourdes adopte l'opinion de Fodéré; il pense que le goître et le crétinisme sont dus à l'influence des mêmes causes, et les liens étroits qui les unissent lui paraissent surtout démontrés par l'influence de l'hérédité.

« Cette hérédité, dit-il, est une des preuves les plus

(1) Fodéré, *Traité du goître et du crétinisme*. Paris, an VIII.

évidentes de la communauté d'origine et de nature que présentent ces deux affections. »

M. Morel admet que le goître et le crétinisme sont unis par les liens étiologiques et pathologiques les plus étroits :

« Tous les pays qui renferment des crétins, possèdent, dit-il, des goîtreux, et on ne pourrait alléguer aucun exemple à l'encontre de ce fait.

« L'observation attentive des faits prouve que le goître est *la première étape du crétinisme*. Dans les contrées où le goître est endémique, on peut déjà distinguer sur la figure des individus les *premiers linéaments du crétinisme ;* lèvres plus grosses, nez largement épaté, arcades zygomatiques plus saillantes, marche alourdie, torpeur plus grande de l'intelligence. Il y a dans ces milieux prédominance du tempérament lymphatique ; il n'est pas rare d'y rencontrer des individus affligés de hernies, de surdité, etc., etc. »

Plus loin, M. Morel ajoute : « Cette manière de considérer l'évolution du crétinisme n'est pas une simple notion spéculative : si le crétinisme est l'évolution à travers les générations d'un élément morbide dont les ascendants portaient le germe en eux et qui avait altéré leur constitution, il est de toute évidence que ce n'est pas contre le crétinisme qu'il faudra diriger les moyens de traitement, mais contre le mal dont le crétinisme est le terme ultime.

« Or ce mal, c'est le goître ; non pas que les termes goître et crétinisme soient synonymes, car on peut être goîtreux sans être crétin, mais il y a entre ces deux états un lien de parenté qui nous fixe irrévocablement sur la direction à imprimer aux recherches étiologiques et aux applications thérapeutiques. »

Comme on le voit, M. Morel ne défend pas seulement, ici, la doctrine de Fodéré, il en fait entrevoir les conséquences au point de vue de la prophylaxie. Si on admet,

en effet, que le crétinisme n'est que le degré le plus grave d'une endémie dont le goître marque le début, c'est évidemment contre cette première manifestation qu'il faut s'empresser de réagir.

D'après M. Chabrant, dans les Hautes-Alpes, au moins, on pourrait invoquer l'opinion populaire en faveur des rapports du goître et du crétinisme.

« La relation qui unit entre elles ces deux affections est, dit-il, si évidente qu'elle n'échappe pas même aux habitants de nos montagnes. Demandez-leur, par exemple, comment il se fait que, dans telle ou telle famille on trouve des enfants entachés de crétinisme, tandis que le père et la mère paraissent bien constitués et sains. Ils ne manqueront pas de vous répondre que parmi les ascendants qu'ils ont connus, il y avait des goîtreux. »

Parmi les auteurs français qui ont professé les mêmes opinions snr ce point, on peut encore citer MM. de Rambuteau, Esquirol, Boussingault, Bouchardat, Fabre de Méronne (1), Savoyen (2) et surtout le docteur Saint-Lager.

Il résulte, comme on le voit, de tout ce qui précède, qu'il existe bien réellement deux opinions très différentes sur les rapports du goître et du crétinisme, et que chacune d'elles a été et est encore soutenue par des auteurs dont l'autorité ne saurait être méconnue.

(1) J.-P.-A. Fabre, *Traité du goître et du crétinisme*. Paris, 1857, in-8°.

(2) Savoyen, *Nouvelles études philosophiques sur la dégénération physique et morale de l'homme*. 1854.

II

MANIÈRE DONT LA QUESTION SEMBLE DEVOIR ÊTRE POSÉE, ET CE QU'IL S'AGIT EN RÉALITÉ DE DÉMONTRER.

Les auteurs qui ont cherché à prouver que le goître et le crétinisme sont deux affections essentiellement distinctes, ont signalé entre elles des différences que personne ne conteste.

Ils ont fait remarquer, par exemple, que le goître ne survient le plus souvent que vers l'époque de la puberté, et que le crétinisme, au contraire, est une affection le plus souvent congéniale, ou au moins survenant dans les premiers mois ou les premières années de la vie (Parchappe).

D'autre part, ils ont ajouté qu'il y a beaucoup de goîtreux très intelligents, tandis que les crétins sont tous à différents degrés atteints d'imbécillité (Ferrus).

Ces auteurs auraient pu indiquer beaucoup d'autres caractères différentiels, sans qu'on pût en tirer aucune conclusion contre la doctrine de Fodéré.

Il n'y a rien de plus dissemblable, assurément, que l'érythème pellagreux et la folie pellagreuse, et cependant ce sont deux effets d'une même cause endémique ; on ne saurait jamais dire que ces deux maladies sont essentiellement distinctes.

Il en est de même pour le goître et le crétinisme ; il s'agit dans les deux cas d'une question d'étiologie spécifique, et cette question une fois résolue, les rapports, au point de vue pathologique, en découlent naturellement.

Tout tend à prouver que le goître endémique ne saurait être uniquement attribué à un ensemble de mauvaises conditions d'hygiène, mais qu'il est produit par une cause

spéciale, existant dans certaines localités. Or, cette cause est-elle aussi celle du crétinisme qui, sans elle, ne saurait jamais se produire à l'état endémique ?

Telle est la question à résoudre. Or la nature de l'agent toxique qui produit le goître n'étant pas plus connue que celle de beaucoup d'autres endémies, cette question ne peut être résolue qu'en étudiant les rapports des deux maladies, et leur distribution géographique comparée.

Quant à la question pathologique, si le goître et le crétinisme sont dus à une seule et même cause spécifique, il devra nécessairement arriver qu'ils se trouveront réunis chez les mêmes sujets et dans les mêmes familles, dans une proportion considérable et tout à fait exceptionnelle.

Dans le cas contraire, cette réunion pourra certainement avoir lieu, mais dans des cas si rares, qu'on ne pourra l'attribuer qu'à une simple coïncidence.

La question de la distribution géographique comparée paraît plus simple, néanmoins il est nécessaire de donner sur ce point quelques explications.

Comme toutes les endémies, celle du goître et du crétinisme se présente souvent avec des degrés très différents d'intensité.

Quand on pénètre dans une vallée atteinte, on commence tout d'abord, comme l'a remarqué M. Cerise, par rencontrer quelques goîtreux disséminés çà et là. Plus loin, les goîtres deviennent plus nombreux, et on voit alors apparaître des cas rares de crétinisme ; plus loin encore, le goître et le crétinisme existent réunis à l'état véritablement endémique.

Il résulte de là, comme on l'a dit souvent, que le goître serait en quelque sorte la première manifestation de l'endémie goîtro-crétineuse, et pour ainsi dire sa forme bénigne.

En se conformant à ce que l'observation offre de plus général, on pourrait distinguer, pour cette endémie, trois degrés principaux :

Premier Degré. — *Endémies légères*, goîtres nombreux, mais, en général, très peu volumineux, souvent même, presque rudimentaires et se présentant principalement chez les femmes. On ne constate encore aucun cas de crétinisme ou ces cas sont très rares.

Deuxième Degré. — *Endémies graves*, goîtres plus volumineux et déjà très nombreux chez les hommes.

Cas disséminés de crétinisme, mais en nombre beaucoup trop restreint pour constituer une véritable endémie.

Troisième Degré. — *Endémies très graves*, goîtres volumineux existant presque en nombre égal chez les hommes et chez les femmes. Cas de crétinisme assez nombreux pour constituer une endémie.

Ces trois degrés admis, on comprend comment les partisans de la doctrine de Fodéré ne songent point à nier : 1° qu'il y ait des endémies légères de goître sans crétinisme ; 2° que dans beaucoup de contrées à endémie goîtreuse grave, les cas de crétinisme ne sont point en assez grand nombre pour constituer une véritable endémie.

Pour établir qu'il existe des rapports intimes entre le goître et le crétinisme, il semble donc qu'il suffirait de démontrer les cinq faits suivants :

Premier fait. — L'endémie du crétinisme n'existe jamais sans l'endémie du goître.

Deuxième fait. — Les endémies graves de goître sont toujours accompagnées d'une tendance à la dégénérescence de la race, attestée par des cas disséminés de crétinisme, ou tout au moins par des cas plus nombreux d'idiotie, d'arrêt

de développement, de surdité, de surdi-mutité, de bégaiement, etc.

Troisième fait. — Les crétins sont atteints de goître dans une proportion considérable et tout à fait exceptionnelle.

Quatrième fait. — Les parents goîtreux engendrent des enfants crétins dans une proportion considérable et tout à fait exceptionnelle comparativement aux parents exempts de goître.

Cinquième fait. — Dans les contrées atteintes par l'endémie goîtreuse, les cas disséminés de crétinisme comparés jusqu'ici à la population générale, ont été considérés, avec juste raison, comme ne formant qu'une proportion très faible ; mais ils doivent surtout être comparés à la population goîtreuse dans laquelle ils se trouvent, au contraire, dans une proportion très forte.

Premier fait. — L'endémie du crétinisme n'existe jamais sans l'endémie du goître.

Comme on l'a vu plus haut, d'après Fodéré, le crétinisme ne se rencontre jamais dans une contrée sans qu'il n'y ait en même temps des goîtreux ; M. Morel ajoute qu'il n'y a à cette règle aucune exception. Telle est, en effet, l'opinion générale, et on se bornerait ici à la rappeler, si M. Parchappe n'avait présenté à la Commission un tableau dans lequel il avait réuni, d'après l'enquête sarde, un assez grand nombres de communes exemptes du goître et dans lesquelles cependant régnait le crétinisme. Ces communes sont au nombre de 42.

Ce qui frappe tout d'abord dans ce tableau, c'est que dans les 42 communes indiquées, il y en a 17 qui ne renferment que 1 ou 2 crétins seulement et 10 qui en ont moins de 5. Il semble qu'il y ait pas lieu de tenir compte de ces 27 communes situées dans des contrées où le goître et le

crétinisme sont endémiques. On comprend, en effet, que ces cas isolés de crétinisme peuvent ici être expliqués soit par le déplacement de quelques familles, soit par l'influence de l'hérédité, et plus encore par la confusion qui a eu lieu dans un très grand nombre de cas entre l'idiotie et le crétinisme.

Il n'y a donc en réalité, dans le tableau de M. Parchappe, que 15 communes appartenant aux départements de la Savoie et de la Haute-Savoie, dont le recensement tendrait à prouver que le crétinisme peut exister isolément à l'état endémique. Ces communes sont celles de Détrier, Saint-Gervais, Servoz, Montrond, Le Bourget, Hauteville, Notre-Dame-du-Pré, Thorens, La Côte-d'Aime, La Saulce, Hautecourt, Pralognan, Montmélian, Saint-Bon et Montgirod.

L'enquête de 1864 n'ayant fourni aucun renseignement et par conséquent aucun moyen de contrôle sur les communes de La Saulce, Thorens, Servoz et Saint-Gervais, il ne reste en réalité que 11 communes, lesquelles, d'après l'enquête sarde, contiendraient 151 crétins sur 9,437 habitants, c'est-à-dire une proportion de plus de 1 1/2 p. 100 et cela sans qu'il y eût un seul cas de goître.

Ce fait assurément aurait une grande importance au point de vue de la solution de la question; mais l'enquête de 1864 a démontré qu'il n'est point exact.

Il résulte, en effet, du tableau ci-joint, présentant réunis les résultats de l'enquête sarde et ceux de l'enquête française de 1864, que les 11 communes citées plus haut, au lieu de 151 crétins sans un seul goitreux, contiendraient au contraire 257 goîtreux et 87 crétins seulement.

DÉPARTEMENT DE LA SAVOIE.

	Enquête sarde.				Enquête française (1864).	
Noms des communes.	Crétins avec goître.	Crétins sans goître.	Total.	Population.	Goîtreux.	Crétins et idiots.
1 Détrier.	1	6	7	291	5	4
2 Montmélian. . . .	0	5	5	1.325	0	2
3 Le Bourget.	0	8	8	1.901	28	3
4 Montrond. . . .	14	0	14	512	0	0
5 Hauteville.	8	3	11	456	9	10
6 Hautecour. . . .	0	6	6	561	12	5
7 Notre-Dame-du-Pré.	0	3	3	667	10	9
8 La Côte-d'Aime . .	0	26	26	894	88	18
9 Montgirod. . . .	5	6	11	798	80	22
10 Pralognan.	50	5	55	1.043	24	8
11 Saint-Bon.	2	3	5	989	1	6
	80	71	151	9.437	257	87

Il importe de rappeler, pour expliquer les différences qui ressortent de ce tableau, que l'enquête sarde avait surtout pour objet le crétinisme et qu'on ne s'est occupé du goître que d'une manière très accessoire, tandis que les deux maladies ont été également étudiées dans l'enquête de 1864.

Devant ce résultat de la nouvelle enquête, résultat qu'il ne pouvait prévoir, M. Parchappe n'eût manqué de se rallier à l'opinion générale que l'endémie du crétinisme n'existe jamais sans l'endémie du goître.

Il importe d'ailleurs de faire remarquer que ces crétins, assez nombreux dans des communes qu'on supposait exemptes de goître, offraient ce fait très curieux cité plus haut, à savoir que plus de la moitié d'entre eux étaient atteints de goître.

En résumé, et quant à cette première question, il est certain que l'endémie du crétinisme n'existe jamais sans l'endémie du goître, et c'est assurément un excellent argu-

ment pour démontrer que ces maladies sont dues à une même cause spécifique.

Deuxième fait. — Les endémies graves de goître sont toujours accompagnées d'une tendance à la dégénérescence de la race, attestée par des cas disséminés de crétinisme, ou tout au moins par des cas plus nombreux d'idiotie, d'arrêt de développement, de surdité, de surdi-mutité, de bégaiement, etc.

On a vu plus haut que les endémies du goître se présentent, comme toutes les autres, avec des degrés différents d'intensité et que les plus légères, qui sont la première manifestation de la cause endémique, peuvent très bien exister dans beaucoup de contrées, sans être accompagnées du crétinisme, qui en est la manifestation la plus grave.

Les partisans de la doctrine de Fodéré n'ont donc jamais pensé à nier ce fait, qui ne saurait leur être opposé comme une objection.

Ce qu'il importe de démontrer, c'est que la dégénérescence de la race apparaît à différents degrés, dans toutes les contrées où les goîtres sont nombreux, volumineux, et atteignent les hommes en proportion assez forte.

Or, ce fait est d'observation générale, et il suffira de prouver que les exceptions, qu'on a cru pouvoir citer, n'existent point en réalité.

Dans son travail préparatoire, et sans prévoir quels seraient les résultats de la nouvelle enquête, M. Parchappe avait réuni dans des tableaux spéciaux un grand nombre de communes à endémie goîtreuse sans aucun cas de crétinisme.

Les éléments de ces tableaux étaient empruntés aux statistiques publiées par divers auteurs et en particulier par la commission de Piémont.

Il paraît suffisant, pour la discussion, de donner ici le

tableau suivant qui résume l'ensemble de ceux qui ont été soumis à la commission par M. Parchappe.

Départements.	Nombre de communes.	Population.	Crétins.	Idiots.	Goîtreux.
Savoie.	28	27.546	0	0	367
Basses-Alpes. . .	15	5.132	0	0	581
Isère.	12	5.432	0	0	437
Seine-Inférieure .	22	54.474	0	0	252
Bas-Rhin.	16	12.149	0	0	531
Hautes-Alpes. . .	12	3.543	0	0	216
	105	108.276	0	0	2.384

Il résulte, comme on le voit, de ces documents que, dans une population de plus de 108,000 âmes et contenant 2,384 goîtreux, on n'aurait pas trouvé un seul cas de crétinisme.

On comprend que l'enquête de 1864 doit tout d'abord être consultée pour savoir jusqu'à quel point elle est d'accord avec les statistiques citées par M. Parchappe.

Malheureusement, les lacunes sont si nombreuses que sur plus de 100 communes on n'a pu en retrouver que 37. Mais les résultats obtenus dans ces 37 communes suffisent pour prouver combien peu on doit compter sur les documents qui viennent d'être cités.

La nouvelle enquête constate, en effet, l'existence de 116 crétins et de 112 idiots dans ces 37 communes.

Cependant il importe d'ajouter que les adversaires de la doctrine de Fodéré pourraient facilement trouver, dans cette nouvelle enquête, un assez grand nombre de communes à endémie goîtreuse, mais sans qu'on y ait signalé aucun crétin.

Il n'en est pas moins vrai que, dans 37 communes atteintes par le goître endémique et qui, disait-on, ne renfermaient pas un seul cas de crétinisme, il existe au contraire un assez grand nombre de crétins et d'idiots.

On voit donc qu'on ne peut pas, jusqu'à nouvel ordre, accepter comme exacts les documents statistiques qui avaient pour but de prouver l'existence d'endémies graves de goître sans un seul cas de crétinisme.

Pour résoudre cette question, des recherches spéciales, faites avec soin, étaient indispensables; les enquêtes, en effet, n'enregistrent que les cas de crétinisme, et encore arrive-t-il souvent qu'on le confond avec l'idiotie. Or, comme on l'a vu, l'endémie du goître et du crétinisme ne produit pas seulement ces deux maladies, elle produit encore des cas d'idiotie, d'arrêt de développement, de surdité, de surdi-mutité, de bégaiement, etc.

Il faut donc rechercher avec soin tous ces effets de l'endémie, indiquant dans leur ensemble une tendance à la dégénérescence de la race. C'est ce qui a été fait par quelques médecins, dans un assez grand nombre de localités, et le résultat de leurs études tend à démontrer que dans toutes les endémies graves de goître, on trouve çà et là, et spécialement dans les familles atteintes, des indices suffisants pour bien caractériser la tendance à l'endémie du crétinisme.

Troisième fait. — Les crétins sont atteints de goître dans une proportion considérable, et tout à fait exceptionnelle.

On sait qu'il y a, entre le goître et le crétinisme, cette différence que le premier ne commence en général à se manifester que vers l'âge de six, huit ou dix ans; que le second, au contraire, quand il n'est pas congénial, se produit toujours dans les premiers mois ou les premières années de la vie. Il résulte de là que les goîtreux ne deviennent point crétins et que les crétins, au contraire, peuvent devenir goîtreux.

La question à étudier, pour ce qui a trait aux rapports du

goître et du crétinisme, se réduit donc en réalité à rechercher dans quelle proportion les crétins deviennent goîtreux comparativement à la population générale.

Il résulte de l'enquête faite par la commission de Sardaigne que les deux tiers environ des crétins seraient atteints de goître. Votre commission, d'après l'enquête de 1864, a trouvé une proportion moins forte. Sur 7,243 crétins, 3,375 seulement seraient goîtreux. La proportion serait donc d'environ 47 p. 100. La différence entre les deux enquêtes peut d'ailleurs s'expliquer par les conditions différentes dans lesquelles ont eu lieu les recherches. Pour la première, en effet, le plus grand nombre des crétins appartient à des contrées où le goître est fortement endémique, tandis que pour la deuxième, la majorité est formée de cas de crétinisme disséminés dans 63 départements.

Or, dans le premier cas, les goîtres volumineux sont relativement beaucoup plus nombreux que dans le second, et l'on sait que, dans les enquêtes faites par les maires des villages, on s'est presque uniquement borné à signaler les goîtres développés.

La preuve que c'est au moins là une des causes qui expliquent la différence des résultats dans les deux enquêtes, c'est que si dans l'enquête française on isole la Savoie et la Haute-Savoie, on trouve, quant aux goîtres chez les crétins, à peu près la même proportion que dans l'enquête sarde, c'est-à-dire la proportion des deux tiers.

Cette proportion, bien que déjà très forte, semble néanmoins au-dessous de la vérité, d'après des recherches particulières faites par des médecins chargés d'enquêtes spéciales dans un certain nombre de départements.

Un premier document peut être emprunté au rapport si remarquable que M. Menestrel vous a adressé sur le canton de la Marche, dans le département des Vosges.

Dans les communes de ce canton, M. Menestrel a trouvé 17 crétins dont 15 goîtreux et 18 idiots tous atteints de goître, d'où il résulte que sur 35 crétins et idiots du canton de la Marche, il y a 30 goîtreux. Cette proportion est bien plus forte que celle indiquée dans les enquêtes, ce qui peut être expliqué par le soin que M. Menestrel a mis à noter non seulement les goîtres très développés, mais encore ceux qui n'avaient qu'un petit volume.

M. le docteur Broc, dans son rapport sur la Haute-Savoie, a mentionné 16 crétins dont 15 étaient goîtreux.

Il résulte, d'un rapport qui vous a été adressé par M. Roque, que sur 75 crétins ou idiots, disséminés dans 13 communes de la Corrèze atteintes par l'endémie du goître, 57 étaient goîtreux.

M. le docteur Taberlet a compté à Évian 32 crétins ou idiots dont 25 sont goîtreux.

M. Auzouy, dans son rapport sur les Basses-Pyrénées, signale 19 cas de crétinisme ou d'idiotie disséminés çà et là dans les communes qu'il a visitées. Sur ces 19 crétins, 12 sont goîtreux.

M. le docteur Guyot a trouvé, dans la commune de Vicq, 7 cas de crétinisme; tous étaient accompagnés de goître.

Mgr Billiet a communiqué à votre rapporteur une statistique faite avec beaucoup de soin dans la commune de Planaise, par le curé de la paroisse. Ce relevé, très détaillé, contient le nom de toutes les familles atteintes; or il en résulte que sur 29 crétins ou crétineux, âgés de plus de 5 ans, il y en a 23 atteints de goître.

D'après le rapport du Dr Bich, sur 12 enfants crétins traités à l'hospice de la Charité d'Aoste, 7 étaient atteints de goître; mais il importe de faire remarquer que le plus âgé de ces enfants n'avait que sept ans, et qu'à cet âge cette proportion est considérable, surtout chez des crétins présen-

tant des signes très prononcés d'arrêt de développement.

M. Fabre, dans son traité du goître et du crétinisme, cite une statistique du Dr Boëri faite dans les communes de Vinadio, Aisone, Demonte et Majola; or il résulte de cette statistique que sur 161 crétins, 148 étaient goîtreux, et cependant, sur ces 161 crétins, 39 étaient atteints au dernier degré.

Enfin, votre rapporteur, sur 83 crétins ou idiots, dont il a recueilli les observations dans la Maurienne, a noté le goître dans 54 cas; mais il convient d'ajouter que sur les 29 crétins non goîtreux, il y en avait 15 présentant les signes les plus prononcés d'arrêt de développement et une absence complète de puberté; 5 autres se trouvaient dans le même cas et, en outre, étaient des enfants au-dessous de treize ans.

On pourrait s'étonner de voir le résultat des recherches spéciales qui viennent d'être citées en désaccord avec l'enquête sarde et l'enquête française. D'après la première, en effet, les deux tiers seulement des crétins seraient goîtreux; d'après la seconde, il n'y en aurait que la moitié, tandis que les recherches spéciales qui viennent d'être résumées donnent la proportion des cinq sixièmes; cette différence s'explique, comme il a été dit plus haut, par ce fait que les maires des communes chargés de l'enquête n'ont tenu compte que des goîtres volumineux, tandis que les médecins ont noté même les goîtres qui n'avaient que très peu de développement.

Pour juger la question de la fréquence du goître chez les crétins, il importe d'ailleurs de rappeler que l'hypertrophie du corps thyroïde manque très souvent chez les crétins au dernier degré, et que Cerise a pu dire avec vérité que le développement du goître est en raison inverse de celui du crétinisme. Ce fait paraît devoir être expliqué par l'arrêt

complet de développement des organes génitaux. La proportion très élevée établie par un certain nombre de recherches spéciales mérite donc d'être remarquée. C'est à tort d'ailleurs qu'on a semblé croire que pour démontrer les rapports intimes du goître et du crétinisme, il faudrait que tous les crétins fussent goîtreux. Il n'en est point ainsi; la proportion pourrait même être moins forte sans que l'objection eût aucun fondement.

Bien que la folie pellagreuse, en effet, soit bien loin de se manifester chez tous les individus qui ont eu antérieurement l'érythème pellagreux, on n'a jamais songé à tirer de là une objection pour nier les rapports entre les deux affections; il en est de même pour le goître et le crétinisme. Ils se trouvent réunis chez les mêmes sujets dans une proportion considérable et exceptionnelle, et cela suffit pour établir les liens intimes qui les unissent.

En résumé, il résulte de tout ce qui précède : 1° que, d'après l'enquête sarde, le crétinisme serait 2 fois sur 3 accompagné du goître; 2° que la proportion, d'après l'enquête faite en France en 1864, ne serait que 1 sur 2, ce qui a été expliqué plus haut par les conditions différentes dans lesquelles les deux enquêtes ont eu lieu; 3° que les relevés particuliers faits par des médecins donneraient une proportion beaucoup plus forte et qui serait des cinq sixièmes.

Les conséquences de ces faits, pour l'étude des rapports du goître et du crétinisme, sont des plus simples; on ne peut, en effet, expliquer l'extrême fréquence de la réunion des deux maladies chez les mêmes sujets, qu'en admettant entre elles le lien étiologique le plus étroit.

Quatrième fait. — Les parents goîtreux engendrent des enfants crétins dans une proportion considérable et tout à fait exceptionnelle comparativement aux parents exempts de goître.

Comme on l'a vu plus haut dans l'exposé des doctrines, Fodéré admet que les parents goîtreux transmettent simultanément à leurs enfants une prédisposition au goître et au crétinisme. Il va même jusqu'à prétendre que les père et mère atteints d'un goître volumineux ont toujours le malheur d'avoir des enfants crétins à différents degrés; mais il ajoute encore d'une manière générale que la propagation du crétinisme suppose toujours des parents goîtreux. M. Marchant qui, dans ses recherches, s'est aussi beaucoup préoccupé de la question de l'hérédité, admet comme parfaitement démontrée la transmission du crétinisme par des parents goîtreux. Après avoir rappelé l'opinion de Fodéré et cité un assez grand nombre de familles dans lesquelles la transmission du crétinisme a eu lieu d'une manière directe, il fait remarquer que dans les cas où l'hérédité directe n'a pu être constatée, les enfants crétins étaient nés de parents goîtreux.

Plus loin encore il ajoute : « Nous aurions pu appuyer les observations faites par Fodéré par de nombreux exemples, si nous avions eu tout autre but que celui de prouver que le crétinisme était une affection héréditaire. »

M. Chabrand, comme on l'a vu plus haut, assure que, dans les Hautes-Alpes, cette transmission du crétinisme par les parents goîtreux est une opinion populaire.

Il ajoute même que quand le père ou la mère d'un enfant crétin sont exempts de goître, on ne manque pas de rappeler, pour expliquer sa maladie, qu'il a eu des goîtreux parmi ses ancêtres.

Ainsi non seulement les crétins naîtraient directement de père et de mère goîtreux, mais il suffirait, ainsi que cela a lieu dans les maladies héréditaires en général, que les grands-parents aient été atteints de goître.

Il convient d'ailleurs de faire remarquer que la propa-

gation du crétinisme par les mariages des goîtreux offre en réalité un très grand intérêt. Si elle était bien démontrée, en effet, le nombre des cas de goître en France étant de plus de 500,000, on serait autorisé à chercher dans cette cause la source, non seulement d'un très grand nombre de cas de crétinisme, mais aussi d'idiotie, d'arrêt de développement, de bégaiement, de surdité, de surdi-mutité, etc. A tous ces points de vue, cette question mérite donc d'être étudiée avec soin.

Pour la résoudre, il importe de rechercher quelle est la proportion des crétins dans les familles atteintes de goître et dans celles qui en sont exemptes. On comprend, en effet, que si la doctrine de Fodéré est exacte, il devra arriver comme conséquence que les cas de crétinisme dans les familles goîtreuses se présenteront en proportion considérable et tout à fait exceptionnelle, comparativement à la population générale.

C'est, en effet, ce que démontrent les faits suivants :

La commission de Piémont qui, comme on l'a vu plus haut, est très opposée à l'opinion des auteurs qui admettent des rapports intimes entre le goître et le crétinisme, a néanmoins publié un document important pour la solution de la question.

Dans l'enquête faite par cette commission, un tableau spécial était consacré à inscrire l'état de santé des père et mère des crétins.

Or, il résulte de ce tableau que la moitié des crétins sont nés de parents goîtreux. Bien que cette proportion soit déjà forte, il y a deux raisons qui doivent la faire considérer comme au-dessous de la vérité.

La première, c'est que la statistique ne comprend ici que le père ou la mère, on n'a donc point tenu compte des cas assez nombreux dans lesquels les grand-père et grand'-

mère des crétins étaient goîtreux. Or, ainsi qu'il a été dit plus haut, il en est de cette affection héréditaire comme des autres, elle doit sauter souvent une génération.

M. Marchant, sur cinquante-huit cas de crétinisme, a trouvé que la maladie avait été transmise quarante-deux fois directement par les père et mère, et que seize fois elle avait passé des aïeux aux petits-enfants. Il n'est pas besoin de faire remarquer que la proportion de seize à quarante-deux est considérable.

Comme on l'a vu, d'après M. Chabrand, dans le département des Hautes-Alpes, l'opinion populaire ne semble pas mettre en doute le rapport entre la production du crétinisme et l'existence du goître chez les aïeux.

Une seconde raison pour laquelle la proportion indiquée dans l'enquête sarde doit être regardée comme trop faible, c'est qu'on n'a point séparé, comme dans l'enquête française, les idiots, des crétins, et que sans nul doute un certain nombre de cas d'imbécillité et d'idiotie, étrangers à l'endémie, ont été rattachés à celle-ci.

Il est donc permis de regarder les résultats fournis par l'enquête sarde comme donnant des proportions trop faibles. Ce fait paraît d'ailleurs directement prouvé par des recherches partielles dues à des médecins et dont il reste à parler.

Parmi ces recherches, il importe de citer d'abord celles qui ont été faites par les auteurs des rapports adressés à votre commission.

1. Le docteur Guyot a signalé, dans la commune de Vicq (Haute-Marne), cinq familles dans lesquelles se trouvent un ou plusieurs crétins; or, dans ces cinq familles, le père, la mère ou tous les deux étaient atteints de goître.

2. M. Broc, dans son rapport sur la Haute-Savoie, a mentionné, dans chacune des communes qu'il a visitées,

un certain nombre de cas de crétinisme, et il a donné le plus souvent des renseignements sur la santé des parents. Dans vingt-cinq cas sur vingt-six, le père ou la mère des crétins étaient atteints de goître.

3. M. Auzouy a observé, dans les Basses-Pyrénées, vingt crétins, dont quatorze étaient issus de parents goîtreux.

4. Sur soixante-quinze crétins examinés par M. Roque, dans la Corrèze, cinquante-deux sont nés de parents goîtreux.

5. Les quatre crétins, dont les photographies ont été reproduites dans l'atlas de M. Morel, étaient tous les quatre nés de mères goîtreuses.

6. Dans quatre-vingt-trois observations de crétinisme ou d'idiotie recueillies par votre rapporteur dans la Maurienne, des renseignements sur la famille sont mentionnés dans soixante-cinq cas; treize des crétins étaient issus de race crétine, vingt-six de race crétine et goîtreuse, vingt-six de parents goîtreux.

Il importe de faire remarquer que ces observations, prises en parcourant les villages, si elles sont exactes dans les résultats qu'elles donnent, sont bien loin d'être complètes. Dans les cinquante-deux cas mentionnés, il s'agit presque uniquement des père et mère, et l'état des aïeux a été le plus souvent omis.

7. Dans le document communiqué par Mgr Billiet, et déjà cité plus haut, sur la commune de Planaise, on trouve des renseignements sur sept familles de crétins, et dans les sept cas ces familles étaient atteintes de goître.

8. Sur les douze enfants crétins traités à l'hospice de la Charité d'Aoste, et dont il a déjà été parlé, neuf avaient des parents goîtreux.

9. Il résulte d'un document communiqué à M. Fabre, par le docteur Boëri, et qui a aussi été cité plus haut, qu

dans quatre communes de la vallée de Stora, sur cent soixante et un crétins, cent quarante-sept étaient nés de parents goîtreux.

En résumant ces observations, on trouve que sur trois cent quatre-vingt-treize crétins, trois cent quinze sont nés dans les familles atteintes de goître, ce qui donnerait, comme on voit, au lieu d'une proportion de 47 p. 100 environ, qui résulte des documents publiés par la commission de Piémont, le chiffre beaucoup plus élevé de 80 p. 100.

Le plus grand nombre des crétins se trouve donc dans des familles atteintes de goître. Or, on ne peut nier que ce ne soit là un excellent argument pour prouver que les enfants des goîtreux apportent en naissant une *prédisposition* au crétinisme.

Il n'est assurément pas douteux que la cause endémique seule, agissant pendant les premiers mois ou les premières années de la vie, peut produire un certain nombre de cas de crétinisme, malgré l'absence de toute prédisposition héréditaire.

Cependant, si on considère que la population de tout un village est également soumise à l'action de cette même cause endémique, on ne peut manquer d'admettre que la proportion si forte des enfants crétins dans les familles des goîtreux est le résultat d'une prédisposition héréditaire. Si cette prédisposition n'existait pas, comment pourrait-on expliquer, en effet, cette espèce de concentration dans certaines familles et non la dissémination, dans des proportions à peu près égales, au milieu de toute la population?

La proportion si forte des crétins dans les familles atteintes de goître suffit donc pour démontrer qu'une prédisposition héréditaire au crétinisme est transmise par les parents goîtreux à leurs enfants.

Il y a d'ailleurs des observations particulières, malheu-

reusement recueillies jusqu'ici en petit nombre, et qui ne paraissent laisser aucun doute sur le fait d'une prédisposition héréditaire au crétinisme chez les enfants des goîtreux.

On comprend que si on rencontre dans une localité un cas isolé de crétinisme, et que ce cas s'observe précisément dans une famille atteinte de goître, il acquiert, au point de vue des rapports des deux maladies, une importance toute spéciale. On ne peut, en effet, indiquer ici une cause endémique plus ou moins générale, on ne peut pas davantage attribuer à une rencontre purement fortuite, ces cas de crétinisme isolé et se présentant précisément dans des familles de goîtreux.

Votre rapporteur a dû réunir un certain nombre d'observations de ce genre sur lesquelles il s'est d'ailleurs déjà appuyé dans une note lue à la commission.

Il croit devoir se borner à rappeler ici l'une de ces observations.

Le département de la Gironde n'a envoyé aucun document pour l'enquête statistique. D'après le recrutement, en effet, le nombre des goîtreux n'atteint pas même la proportion de 2 p. 1,000.

Or, c'est dans une localité de ce département, à Mortagne, presque sur le bord de la mer, que votre rapporteur a recueilli cette observation de crétinisme.

Le crétin dont il s'agit, âgé de trente-neuf ans, n'était point devenu pubère et avait conservé ses premières dents. Il offrait, d'ailleurs, par la forme de sa tête, par les traits du visage, par sa taille courte et ramassée, un véritable type de la dégénérescence crétineuse ainsi que le prouve le portrait fait par le docteur Desmaisons. Or ce crétin, isolé à Mortagne, était né d'une mère goîtreuse.

Le docteur Fabre, qui plus que tout autre a insisté sur

les rapports intimes qui unissent le goître et le crétinisme, a bien compris l'importance de ces faits de crétinisme sporadique pour prouver la transmission héréditaire des deux maladies dans les mêmes familles.

« J'ai observé, dit-il, que dans les villages les plus élevés et un peu populeux des Alpes, où le goître et le crétinisme cessent de régner endémiquement, on trouve pourtant encore quelques cas isolés de crétinisme; eh bien ! ici encore, le principe héréditaire, le goître, se présente comme cause primitive, puisque la famille compte des goîtreux ou des crétineux même dans la génération présente ou passée.

« Ces faits sont significatifs; je les donne comme fondés sur des observations nombreuses. »

La science possède même quelques cas de crétinisme sporadique qui seraient, s'il est possible, encore plus probants. On a vu plusieurs enfants d'une même famille frappés de crétinisme et qui, plus tard, sont devenus goîtreux, bien que dans la localité il n'y eût aucune trace d'endémie.

L'observation de ce genre la plus curieuse a été publiée par M. Ferrus.

Il y avait en 1842 dans le service de M. Falret, à l'hospice de la Salpêtrière, une fille de vingt-six ans offrant les signes les plus tranchés de crétinisme, et qui en même temps portait un goître volumineux. Cette fille, née dans le village de Charonne, près Paris, avait une sœur et un frère goîtreux comme elle et qui offraient aussi des signes très tranchés de crétinisme quoique à un moindre degré. Voilà donc trois cas de crétinisme avec goître dans une même famille. Or, le crétinisme est inconnu à Charonne et l'on n'a pu signaler à M. Ferrus, qui a publié cette observation, que trois cas de goître dans tout le village.

Cette singulière réunion du goître et du crétinisme chez trois enfants de la même famille, en dehors de toute cause endémique, ne paraît pouvoir être attribuée ici qu'à une transmission héréditaire.

Le père et la grand'mère paternelle des trois goîtreux offraient, en effet, des signes de crétinisme. Le père, de petite taille, avait une conformation spéciale de la tête et un aspect si singulier qu'il avait reçu dans le village le surnom de *tête de chat*. La grand'mère paternelle avait aussi la taille petite, ramassée, la peau terreuse et la même physionomie que son fils. On a omis de dire si le père et la grand'mère étaient atteints de goître.

On pourrait rapprocher de ce fait une observation citée par M. Vingtrinier. Il s'agit d'une famille dans laquelle sont nés cinq idiots goîtreux, bien que cette famille habitât une localité où le goître n'était en aucune façon endémique. Sur près de 1,000 habitants, en effet, l'enquête n'a révélé qu'un seul cas de goître chez une femme.

Il paraît impossible de contester l'importance de ces faits de crétinisme ou d'idiotie accompagnés de goître chez plusieurs enfants de la même famille dans des localités où ni le goître ni le crétinisme ne sont endémiques.

Comment, en effet, les expliquer autrement que par la transmission d'une même influence héréditaire, et cela ne suffit-il pas pour démontrer les liens étiologiques et pathologiques les plus étroits entre le goître et le crétinisme?

Il y a d'ailleurs un résultat qui découle de l'enquête statistique, et qui, en dehors des recherches particulières citées plus haut, suffirait seul pour prouver l'extrême prédominance du crétinisme dans les familles atteintes du goître, comparativement à celles qui en sont exemptes.

Dans les 63 départements sur lesquels on a obtenu des

renseignements, on a trouvé que pour les localités atteintes, sur 1,250,000 familles, 38,000 environ, renfermaient des goîtreux, ce qui donne la proportion de 1 à 32.

Or, l'enquête a fait connaître la répartition d'environ 7,000 crétins, d'une part dans les 38,000 familles atteintes de goîtres, et d'autre part dans les 1,212,000 qui en sont exemptes. Le résultat obtenu est des plus curieux : dans la population goîtreuse, il y a en effet une famille sur 13 renfermant un ou plusieurs crétins; tandis que, pour les familles exemptes du goître, on n'en trouve plus qu'une sur 367.

Encore convient-il, en présence de ce résultat si remarquable, de rappeler, pour les crétins observés dans les familles non goîtreuses, la confusion faite si fréquemment entre le crétinisme et l'idiotie. Et, en outre, que dans les enquêtes, on n'a tenu compte, très souvent, que du goître chez les père et mère et les frères et sœurs ; or, comme on l'a vu, il importe aussi beaucoup de rechercher l'existence du goître chez les grands-parents.

On peut donc admettre que les trois quarts au moins des crétins naissent dans des familles goîtreuses, et ce fait, plus qu'aucun autre, est propre à démontrer le lien étiologique qui unit les deux maladies.

Cinquième fait. Dans les contrées atteintes par l'endémie goîtreuse, les cas disséminés de crétinisme, comparés jusqu'ici à la population générale, ont été considérés, avec juste raison, comme ne formant qu'une proportion très faible; mais ils doivent surtout être comparés à la population goîtreuse, dans laquelle ils se trouvent, au contraire, dans une proportion très forte.

Les adversaires de la doctrine de Fodéré, pour prouver que le goître et le crétinisme appartiennent à deux endémies distinctes, ne se sont pas bornés à réunir des faits

tendant à prouver qu'une endémie grave de goître peut exister sans un seul cas de crétinisme, ils ont, en outre, comme M. Parchappe, par exemple, ajouté que dans des contrées beaucoup plus nombreuses, on n'observe au milieu de l'endémie du goître que des cas rares, disséminés de crétinisme, lesquels comparés au chiffre de la population générale n'ont véritablement qu'une importance tout à fait secondaire. Cette objection ne semble, en réalité, reposer que sur une erreur d'interprétation ; on comprend qu'il fallait, avant tout, rechercher si ces cas de crétinisme se produisaient dans les familles exemptes de goître, aussi bien que dans celles qui en sont atteintes. Dans ce dernier cas, l'objection conservait toute sa force, la proportion, par rapport à la population générale, devenant véritablement insignifiante.

Il en serait tout différemment, si les cas disséminés de crétinisme se trouvaient presque exclusivement dans les familles atteintes de goître. Si peu nombreux qu'ils soient, ces cas forment alors une proportion très forte et ce fait, au lieu d'être une objection contre la doctrine de Fodéré, devient le meilleur argument en faveur de cette doctrine.

Un exemple suffira pour montrer la différence des résultats, suivant qu'on compare les cas disséminés de crétinisme à la population générale ou à la population atteinte de goître.

Votre rapporteur a relevé dans l'enquête de 1864, pour les 40 départements les plus fortement atteints, les communes dans lesquelles il y a endémie goîtreuse sans endémie de crétinisme, mais qui néanmoins contenaient des cas disséminés de cette maladie. Ces communes réunies forment une population d'environ 820,000 âmes contenant 27,000 goîtreux et 1,400 crétins.

Si on compare les cas de crétinisme à la population on

trouve une proportion extrêmement faible, qui n'est pas même de 2 p. 1,000. Mais si, au contraire, on recherche le rapport des cas de crétinisme à la population goîtreuse, on trouve, en ne prenant que les trois quarts de ces cas, une proportion de près de 40 p. 1,000, d'où l'on pourrait conclure que si, dans ces contrées, les cas de crétinisme, comparés à la population générale, sont rares et disséminés, ils sont, au contraire, relativement nombreux dans les familles atteintes de goître.

La proportion de 40 p. 1,000 serait suffisante pour prouver que les deux maladies ne sont point, comme on l'a dit, essentiellement distinctes, mais qu'au contraire elles sont unies par des liens étiologiques et pathologiques très étroits.

Cette distinction établie, il resterait à démontrer que les crétins, disséminés dans les contrées à endémie goîtreuse, appartiennent en très grande majorité, non à la population saine, mais aux familles atteintes de goître. Or, ce fait est prouvé par des documents assez nombreux, cités plus haut; on a vu, en effet, que les crétins naissent de parents goîtreux dans la proportion de 80 p. 100.

Il y a d'ailleurs un fait d'une autre nature, résultant de l'enquête statistique et dont la valeur ne saurait être contestée : on a dit plus haut que sur une population de 820,000 âmes, contenant 27,000 goîtreux, on avait trouvé environ 1,400 cas disséminés de crétinisme. Or, sur ces 1,400 crétins, la moitié étaient atteints de goître.

De quelque manière qu'on envisage ce fait, il paraît difficile de n'y pas trouver la preuve d'une prédisposition héréditaire ou d'un lien étiologique des plus étroits, entre le goître et le crétinisme; autrement comment expliquer que sur une population qui ne compte que 3 p. 100

de goîtreux, les crétins soient atteints de goître dans la proportion de 47 p. 100? L'extrême fréquence du goître chez les crétins constitue donc un fait d'un très grand intérêt pour la solution de la question.

En résumé, s'il est vrai que les cas disséminés de crétinisme ne forment qu'une proportion très faible quand on les compare, comme on l'a fait jusqu'ici à la population générale, la proportion devient au contraire très forte si on les compare surtout à la population goîtreuse, ce qui non seulement détruit l'objection opposée à la doctrine de Fodéré, mais en outre fournit un argument excellent en faveur de cette doctrine.

1re Conclusion. — Il existe sur les rapports du goître et du crétinisme deux doctrines très différentes.

D'après la première, les deux maladies devraient être attribuées à une même cause spécifique, et ne seraient par conséquent que deux manifestations d'une seule et même endémie.

Les auteurs qui soutiennent la seconde doctrine professent, au contraire, que les deux maladies sont essentiellement distinctes. Quelques-uns même, avec le rapporteur de la commission de Piémont, vont jusqu'à déclarer que la concomitance fréquente du goître et du crétinisme est purement accidentelle.

La première de ces doctrines a surtout été admise en France par Fodéré, par MM. Morel, Tourdes, Fabre, Chabrand, Saint-Lager, etc.

La seconde, par MM. Ferrus, Parchappe, Kœberlé, Morétin, etc.

Deuxième Conclusion. — A l'appui de la doctrine de Fodéré, on peut invoquer les cinq faits suivants, dont l'exactitude ne paraît pas pouvoir être contestée.

Premier fait. — L'endémie du crétinisme n'existe jamais sans l'endémie du goître.

Deuxième fait. — Les endémies graves du goître sont toujours accompagnées d'une tendance à la dégénérescence de la race, attestée par des cas disséminés de crétinisme, ou tout au moins par des cas plus nombreux d'idiotie, d'arrêt de développement, de surdité, de surdi-mutité, de bégaiement, etc.

Troisième fait. — La proportion des cas de goître chez les crétins est au moins de 75 p. 100.

Quatrième fait. — Les parents goîtreux engendrent des enfants crétins dans une proportion tout à fait exceptionnelle, comparativement aux parents exempts de goître.

Cinquième fait. — Dans les contrées atteintes par l'endémie goîtreuse, les cas disséminés de crétinisme, comparés jusqu'ici à la population générale, ont été considérés, avec juste raison, comme ne formant qu'une proportion très faible, mais ils doivent surtout être comparés à la population goîtreuse dans laquelle ils se trouvent, au contraire, dans une proportion très forte.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure que les endémies du goître et du crétinisme sont unies par les liens les plus étroits et qu'on ne saurait les séparer.

Le goître est la première manifestation de la cause endémique, et selon l'intensité de cette cause, favorisée par certaines conditions plus ou moins générales, le crétinisme, d'abord rare et disséminé dans la population goîtreuse, y sévira bientôt avec plus ou moins de gravité.

Non seulement le goître est une cause d'exemption pour le service militaire; mais partout où les goîtreux se trouvent en grand nombre, il y a tendance à la dégénérescence de la race. De là l'importance des recherches statistiques

qui ont été faites pour déterminer le nombre des goîtreux dans chaque département.

Malheureusement les diverses enquêtes faites dans ce but n'ont donné que des résultats très incomplets, et j'ai cru devoir rechercher au Ministère de la guerre, d'après les documents qui y sont conservés, quel est le nombre des exemptions pour cause du goître dans chaque département. J'ai pu ainsi arriver à des données dont l'exactitude ne saurait être contestée.

Les recherches ont été faites pour cinquante années consécutives, de 1816 à 1865. Il a été possible ainsi de déterminer le nombre des goîtreux, et en outre, d'étudier les variations que l'endémie avait pu subir dans divers départements.

Cependant, les recherches ne portant ici que sur le goître chez les hommes âgés de vingt et un ans, il était nécessaire de les compléter par l'étude de deux questions, celle de la fréquence comparée du goître dans les deux sexes et aux différents âges, ce qui n'a pu être fait ici qu'en dépouillant les chiffres fournis par l'enquête instituée par la commission du goître et du crétinisme.

Fréquence comparée du goître dans les deux sexes.

Les relevés ont été faits pour 63 départements, lesquels ont été divisés en quatre séries, en prenant pour base le nombre décroissant des cas de goître révélés par l'enquête.

La première série comprend 17 départements.

Départements.	Hommes.	Femmes.	Total.
Savoie (Haute-). . . .	2.631	4.074	6.705
Savoie.	2.601	3.206	5.807
Oise.	598	2.361	2.959
Vosges.	781	1.800	2.581
Pyrénées (Hautes-).. .	610	1.291	1.901
Alpes (Hautes-). . . .	849	1.037	1.886
Isère.	615	1.126	1.741
Saône (Haute-). . . .	458	1.274	1.732
Moselle.	434	1.283	1.717
Garonne (Haute-). . .	383	1.194	1.577
Ariège.	370	1.049	1.419
Marne (Haute-). . . .	304	1.011	1.315
Puy-de-Dôme.	295	971	1.266
Corrèze.	383	877	1.260
Cantal.	214	1.042	1.256
Ardèche	386	851	1.237
Aveyron	265	880	1.145
	12.177	25.327	37.504

La proportion des hommes aux femmes est, on le voit, comme 1 est à 2.

La deuxième série comprend 13 départements.

Départements.	Hommes.	Femmes.	Total.
Saône-et-Loire.	196	585	781
Ain..	295	426	721
Alpes (Basses-). . . .	285	428	713
Marne	78	592	670
Aisne..	115	518	633
Lot..	169	454	623
Rhin (Haut-).	253	352	605
Rhin (Bas-)..	145	459	604
Pyrénées (Basses-).. .	152	451	603
Alpes-Maritimes. . . .	163	379	542
Drôme.	128	386	514
Pyrénées-Orientales. .	120	394	514
Seine-Inférieure. . . .	107	403	510
	2.206	5.827	8.033

La proportion des hommes aux femmes est ici comme 1 est à 2,5.

La troisième série se compose de 20 départements.

Départements.	Hommes.	Femmes.	Total.
Aude	65	403	468
Jura	137	271	408
Eure	77	255	332
Loire (Haute-)	64	262	326
Somme	65	255	320
Meurthe	84	204	288
Allier	37	205	242
Nord	33	185	218
Gard	10	181	191
Pas-de-Calais	20	148	168
Rhône	75	92	167
Charente	22	129	151
Hérault	17	130	147
Meuse	28	117	145
Vienne (Haute-)	13	128	141
Cher	10	131	141
Côte-d'Or	26	115	141
Var	28	111	139
Sarthe	20	114	134
Loire	48	58	106
	879	3.494	4.373

La proportion des hommes aux femmes est comme 1 est à 3,8.

La quatrième série se compose de 13 départements.

Départements.	Hommes.	Femmes.	Total.
Loiret	4	92	96
Tarn-et-Garonne	21	72	93
Doubs	14	74	88
Seine-et-Marne	8	79	87
Vaucluse	20	62	82
Loir-et-Cher	4	65	69
Somme	5	51	56
Indre-et-Loire	4	48	52
Charente-Inférieure	10	30	40
Orne	7	25	32
Deux-Sèvres	5	14	19
Ille-et-Vilaine	1	16	17
Bouches-du-Rhône	»	4	4
	103	632	735

La proportion des hommes aux femmes est ici comme 1 est à 6.

En résumant ces quatre séries, on trouve, pour la fréquence relative du goître chez les hommes et chez les femmes, les proportions suivantes :

Pour la 1re série	1 à 2
Pour la 2e —	1 à 2,5
Pour la 3e —	1 à 4 environ.
Pour la 4e —	1 à 6

Comme on le voit, la proportion des cas de goître chez les hommes et chez les femmes est très variable suivant les départements. En outre, il ressort de ces documents ce fait curieux que le nombre des femmes goîtreuses augmente comparativement à celui des hommes à mesure que a gravité de l'endémie va en diminuant.

Au contraire, on voit le nombre des hommes se rapprocher de celui des femmes à mesure que l'endémie devient plus grave. Ces deux faits apparaissent surtout très tranchés quand on compare les pays de hautes montagnes aux pays de plaine. Si on isole, par exemple, dans la première série, les trois départements de la Savoie, de la Haute-Savoie et des Hautes-Alpes, on trouve que les goîtreux sont presque aussi nombreux que les goîtreuses (la proportion est de 1 à 1,3).

Au contraire, pour les départements de l'Oise, de la Moselle et de la Haute-Saône réunis, on a trois fois moins d'hommes que de femmes (la proportion est de 1 à 3,1).

Il résulte de ce qui précède qu'il est, en réalité, très difficile d'établir d'une façon générale quelle est pour toute la France la proportion moyenne du goître chez les hommes et chez les femmes. D'après l'enquête, cette proportion serait pour les soixante-trois départements, celle de 1 à 2,3; mais il est facile de démontrer qu'elle ne saurait être adoptée.

Les dix-sept départements formant la première série et dans lesquels la proportion des hommes aux femmes est de 1 à 2, entrent, en effet, à eux seuls, pour 35,000 environ sur 50,000 goîtreux; c'est-à-dire qu'ils forment presqu les trois quarts des cas.

Les trois autres séries réunies, dans lesquelles la proportion des hommes est beaucoup plus faible (comme 1 est à 3,1), n'auraient donc que 15,000 goîtreux ; or, on verra plus loin, d'après les documents fournis par les tableaux du recrutement, que cette répartition des goîtreux est tout à fait inexacte.

Les dix-sept départements de la première série, au lieu de renfermer les trois quarts des goîtreux de toute la France, n'en auraient guère plus des deux cinquièmes. La proportion d'un homme goîtreux pour deux femmes, au lieu de s'appliquer aux trois quarts des cas de goître, ne devrait donc s'appliquer, en réalité, qu'aux deux cinquièmes; de là, une cause grave d'erreur, dont l'explication se trouve d'ailleurs dans la manière très différente dont le recensement a pu avoir lieu dans les départements : toutes choses égales d'ailleurs, en effet, l'enquête paraît avoir été faite avec plus de soin dans les départements où l'endémie règne avec intensité.

Malgré ces difficultés, on a dû essayer de déterminer, au moins d'une manière approximative, le nombre comparé des cas de goître chez les hommes et chez les femmes.

Voici les bases dont on a cru devoir se servir pour arriver à cette détermination. Pour les dix-sept départements dans lesquels l'enquête a révélé l'existence de plus de 1,000 cas de goître, on a pris la proportion qui résulte de l'enquête elle-même. Pour tous les autres départements qui, comme on l'a vu, donnent réunis

la proportion de 1 à 3, c'est aussi cette dernière proportion qui a été adoptée d'une manière uniforme.

Voici, d'ailleurs, en dehors de l'enquête générale, quelques relevés statistiques faits dans diverses localités et qui ont été adressés à la commission :

	Hommes.	Femmes.
Dr Neser (Haut-Rhin, Sainte-Marie-aux-Mines)	39	203
Dr Ménestrel (Vosges)	21	143
Dr Darnis (Tarn-et-Garonne)	21	45
Dr Brunet (Côte-d'Or)	17	80
Dr Valat (Autun)	4	35
Dr Rochefort (Thiéscourt)	59	287
Dr Poulet (Haute-Saône)	76	165
L'instituteur de Pongy (Aisne)	57	85
Le Conseil d'hygiène (Somme)	48	123
— — (Haute-Saône)	283	743
— — (Nord)	31	175
Un instituteur de la Côte-d'Or	18	93
Total	674	2.177

Ces relevés partiels donnent la même proportion que celle qui a été obtenue en résumant les chiffres des trois dernières séries.

Ces résultats ne peuvent assurément être acceptés que comme approximatifs; mais, pris dans leur ensemble, ils doivent très peu s'éloigner de la vérité.

Le nombre comparé des cas de goître chez les hommes et chez les femmes paraît donc être, en France, dans la proportion de 2 à 5.

DU GOÎTRE AUX DIFFÉRENTS AGES

On a relevé dans les documents de l'enquête statistique l'âge de 13,090 goîtreux, appartenant aux départements de la Savoie, de l'Isère, de l'Oise, des Vosges et de la Seine-Inférieure. Le tableau ci-contre (p. 612) contient les résultats qui ont été obtenus.

Pour rendre l'appréciation de ces résultats plus facile, on a mis en regard la population pour chaque âge, calculée pour un million d'habitants et 27,325 naissances.

Ce qu'il importe de rechercher surtout dans les résultats qui ressortent de ce tableau, c'est la proportion des cas de goître dans la population au-dessous de vingt ans; les comptes rendus du recrutement ne fournissant sur ce point aucune donnée. Or, on peut voir que, sur 13,090 goîtreux, 10,881 sont âgés de plus de vingt ans et 2,209 de moins de vingt ans, ce qui donnerait, pour ces derniers, une proportion d'un cinquième ; mais il convient de faire remarquer que cette proportion est certainement trop faible.

Si les diverses enquêtes n'ont indiqué jusqu'ici qu'une petite partie des cas de goître existant réellement, cela tient principalement ce qu'on s'est borné, en général, à ne compter que les goîtres volumineux. Or, chez les enfants atteints par l'endémie, l'hypertrophie du corps thyroïde est encore peu développée ; c'est, en effet, à l'âge de la puberté que la tumeur augmente. Le plus grand nombre de ces goîtres commençants ne sont donc pas notés ; et la preuve de ce fait ressort de quelques recherches spéciales dues à des médecins.

M. le professeur Tourdes a trouvé, à Strasbourg et dans

Ages.	Hommes.	Femmes.	Hommes et Femmes réunis.	Population d'un million d'habitants et 27,825 naissances.	Ages.	Hommes.	Femmes.	Hommes et Femmes réunis.	Population d'un million d'habitants et 27,825 naissances.
1	2	2	4	24.536	41	62	143	205	12.531
2	3	1	4	22.604	42	86	184	270	12.295
3	5	6	11	21.318	43	86	147	233	12.060
4	9	15	24	20.842	44	66	182	248	11.826
5	17	18	35	20.423	45	98	225	323	11.593
	36	42	78	109.923		398	881	1279	60.305
6	22	29	51	20.090	46	69	132	201	11.361
7	20	29	49	19.820	47	55	144	199	11.129
8	32	43	75	19.581	48	99	185	284	10.897
9	35	30	65	19.369	49	60	120	180	10.662
10	44	58	102	19.179	50	125	287	412	10.422
	153	189	342	98.039		408	868	1276	54.471
11	39	58	97	19.012	51	50	136	186	10.176
12	48	61	109	18.867	52	58	159	217	9.926
13	71	74	145	18.731	53	56	132	188	9.673
14	83	126	209	18.601	54	53	136	189	9.418
15	79	107	186	18.472	55	58	149	207	9.161
	320	426	746	93.683		275	712	987	48.354
16	55	118	173	18.341	56	58	93	151	8.900
17	85	121	206	18.200	57	41	107	148	8.641
18	91	132	223	18.046	58	58	130	188	8.381
19	89	110	199	17.883	59	35	89	124	8.120
20	92	152	244	17.710	60	87	180	267	7.858
	412	633	1045	90.180		279	599	878	41.900
21	149	125	274	17.527	61	48	91	139	7.593
22	126	113	239	17.364	62	50	82	132	7.319
23	116	107	223	17.087	63	52	106	158	7.035
24	93	123	216	16.829	64	41	97	138	6.743
25	107	123	229	16.558	65	47	107	154	6.445
	591	591	1181	85.362		238	483	721	35.135
26	103	121	224	16.288	66	36	88	124	6.141
27	69	136	205	16.020	67	22	55	77	5.828
28	110	110	220	15.754	68	27	86	113	5.506
29	53	102	155	15.494	69	24	62	86	5.175
30	109	205	314	15.231	70	41	84	125	4.837
	444	674	1118	78.787		150	375	525	27.487
31	56	90	146	14.972	71	15	40	55	4.496
32	82	174	256	14.715	72	14	38	52	4.157
33	70	157	227	14.463	73	11	49	60	3.820
34	62	145	207	14.180	74	7	24	31	3.495
35	100	207	307	13.975	75	14	45	59	3.173
	370	773	1143	72.305		61	196	257	19.141
36	73	182	255	13.728	76	6	19	25	2.863
37	68	150	218	13.491	77	5	17	22	2.565
38	93	209	302	13.250	78	4	25	29	2.274
39	58	151	209	13.005	79	6	15	21	1.994
40	145	242	387	12.768	80	13	32	45	1.722
	437	934	1371	66 242		34	108	142	11.418

Hommes : 4,606. — Femmes : 8,484. — Réunis : 13,090.
Population : 992,732.

la banlieue, un goîtreux sur quatre chez les adultes, et un goîtreux sur huit chez les enfants et les jeunes gens.

Le Dr Dagan, dans le canton d'Albi qui ne compte que 8,000 habitants, a trouvé dans les écoles 640 enfants atteints de goître, ce qui suppose une proportion plus forte que celle trouvée par M. Tourdes.

Le Dr Ménestrel, dans la commune de Sérécourt, dont il est maire, a noté 33 cas de goître, sur 67 enfants examinés dans les écoles, le 27 novembre 1867.

Enfin, le Dr Champagnac et M. Roque, dans les écoles de quelques communes de la Corrèze et dans la Dordogne, ont trouvé 124 goîtreux sur 179 garçons, et 69 goîtreuses sur 88 filles, ce qui donne pour tous les enfants une proportion de 70 pour 100.

En présence de ces résultats statistiques, il convient de rappeler l'opinion de Fodéré sur la fréquence du goître dans le jeune âge : « Cette maladie, dit-il, attaque plus communément les femmes que les hommes, plus les enfants que les adultes, plus les jeunes que les vieux. »

Il est donc certain que le goître endémique est très fréquent chez les enfants. Néanmoins, comme les recherches qui précèdent n'ont été faites que dans un petit nombre de localités, peut-être est-il nécessaire, quand il s'agit de déterminer une proportion générale, d'atténuer ces résultats, pour éviter d'aller au delà de la vérité.

On pourrait donc admettre, d'après l'enquête et diverses recherches locales, que la proportion des cas de goître dans la population au-dessous de vingt ans est moitié plus faible que dans la population au-dessus.

Dans le tableau cité plus haut, on peut remarquer l'augmentation très grande des cas de goître chez les femmes de vingt-cinq à cinquante ans. Si on compare, en effet, le nombre des hommes à celui des femmes, on trouve, pour

les vingt-cinq premières années, la proportion de 1 à 1,2, et, pour les vingt-cinq années suivantes, celle de 1 à 2,4.

Ce fait tendrait à confirmer l'influence de l'accouchement et de l'âge critique sur la production de la maladie.

IV

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE

DE L'ENDÉMIE DU GOÎTRE
ET DU CRÉTINISME EN FRANCE (1)

Distribution géographique de l'endémie du goitre. — Classification des 46 départements dans lesquels la proportion des goitreux est au moins de 1 pour 100.

C'est en relevant, sur les tableaux du recrutement, le nombre des conscrits exemptés pour goître, qu'on a essayé de déterminer la distribution géographique de cette maladie en France. Cette détermination a eu lieu, non seulement pour tous les départements et tous les arrondissements, mais pour tous les cantons.

Il importe de faire remarquer que les tableaux du recrutement ne fournissant de documents que pour les jeunes gens de vingt et un ans, il a fallu chercher à déterminer

(1) Si on admet que le goitre et le crétinisme sont les manifestations d'une seule et même endémie, la distribution géographique des deux maladies doit être étudiée simultanément. C'est en effet ce qui a eu lieu, comme on le verra plus loin, pour les départements dans lesquels la proportion des cas de goître est la plus élevée. Il importe de faire remarquer que dans les tableaux statistiques les crétins et les idiots n'ont point été séparés; or, le nombre de ces derniers étant de beaucoup le plus considérable, c'est, comme on le voit, bien plutôt la statistique de l'idiotie que celle du crétinisme qu'on a ainsi obtenue.

Il n'a pu en être autrement parce que, dans les comptes rendus du recrutement, les crétins et les idiots n'ont point été séparés.

avec d'autres éléments la proportion comparée de la maladie dans les deux sexes. On sait, en effet, que le goître est beaucoup plus fréquent chez les femmes (voir page 610).

En outre, la classification des départements n'a été faite que pour la population au-dessus de vingt ans, la seule sur laquelle on ait, quant au goître, des documents de quelque exactitude. Voici d'ailleurs de quelles bases on s'est servi, pour tâcher d'obtenir des éléments aussi exacts que possible. Ces bases sont un peu différentes de celles qui avaient été adoptées par plusieurs auteurs.

Pour faire comprendre en quoi consiste la différence, nous citerons, comme exemple, la dernière des cinquante années sur lesquelles ont porté les recherches. Le nombre des jeunes gens appelés à tirer à la conscription, en 1865, était de 326,095. Il importe de retrancher tout d'abord 129,365 conscrits exemptés par leurs bons numéros, et dont les conseils de revision n'ont point eu à s'occuper.

Tous les autres, au nombre de 196,730, figurent dans les tableaux de recrutement sous le titre d'examinés. Les cas d'exemption pour goître ayant été de 1,502, on avait cru pouvoir déterminer la proportion des goîtreux, en cherchant le rapport de ce chiffre à celui des examinés; or, cette base n'est point exacte.

Il convient, en effet, de distinguer dans les examinés quatre catégories : 1° les conscrits qui ont été exemptés comme aînés d'orphelins, fils ou petits-fils de veuves, de septuagénaires, etc., ils sont au nombre de 32,968; 2° les conscrits exemptés pour défaut de taille, qui s'élèvent au nombre de 10,741; 3° les exemptés pour infirmités, qui figurent pour 52,875; 4° enfin, les jeunes gens reconnus bons pour le service et qui forment le contingent, au nombre de 100,146. De ces quatre catégories, la première n'est pas examinée par les conseils de revision au point de vue

des infirmités, puisque les conscrits sont exempts de droit. Quant au défaut de taille, c'est la cause d'exemption qui est tout d'abord constatée et qui rend inutile tout autre examen. Il n'y a donc d'examinés, au point de vue du goître et des autres infirmités, que les deux dernières catégories.

Pour constater, en 1865, 1,502 cas de goître, on n'a donc réellement examiné que 153,021 jeunes gens, et non 196,730. On comprend donc, que, pour avoir la proportion des goîtreux, c'est le rapport de 1,502 à 153,021 qu'il faut chercher et non le rapport de 1,502 à 196,730; or, la différence est de près d'un quart.

Dans le tableau suivant, qui résume tout le travail, les 89 départements ont été divisés en cinq séries, d'après la proportion décroissante des cas de goître.

PROPORTION COMPARÉE DES CAS DE GOÎTRE DANS LES 89 DÉPARTEMENTS.

(Population au-dessus de vingt ans.)

Nombre des cas de goître.

1re *Série.*

	Hommes.	Femmes.	Total.	Proportion pour 1,000.
1 Savoie.	9.910	11.892	21.802	133,7
2 Hautes-Alpes. . . .	3.712	4.454	8.166	111,»
3 Haute-Savoie. . . .	5.820	9.312	15.132	92,»
4 Ariège.	3.272	9.161	12.434	82,7
5 Basses-Alpes . . .	1.651	4.953	6.604	76,9
6 Hautes-Pyrénées. . .	2.897	6.084	8.981	62,3
7 Jura.	2.665	7.995	10.660	58,9
8 Vosges.	4.334	9.968	14.302	56,8
9 Aisne	4.475	13.425	17.900	52,9
10 Alpes-Maritimes. . .	1.511	4.533	6.044	50,7
	40.247	81.778	122.025	73,8

2e *Série.*

		Hommes.	Femmes.	Total.	Proportion pour 1,000.
11	Loire	3.949	11 847	15.796	49.»
12	Rhône	4.943	13.829	18.772	46 »
13	Puy-de-Dôme	3.645	11.664	15.309	44.6
14	Haute-Loire	2.009	6.027	8.036	42.8
15	Oise	1.872	7.301	9.173	38.»
16	Drôme	1.798	5.394	7.192	36.9
17	Haut-Rhin.	2.634	7.902	10.536	33.»
18	Meurthe.	2.121	6.363	8.484	33.»
19	Cantal	781	3.827	4.608	32.»
20	Haute-Saône	1.584	4.435	6.019	31.6
21	Haute-Marne	1.115	3.680	4.795	30.8
22	Moselle	2.070	6.210	8.280	30.5
23	Ardèche	2.146	4.721	6.867	29.5
24	Isère	3.614	6.505	10.119	29.»
25	Lozère	603	1.809	2 412	29.»
26	Dordogne	1.930	5.790	7.720	25.»
27	Pyrénées-Orientales	694	2.082	2.776	24.»
28	Meuse	1.026	3.078	4.104	22.6
29	Doubs	988	2.964	3.952	22.»
30	Saône-et-Loire	1.957	5.871	7.828	21.7
31	Haute-Garonne	1.512	4.838	6.350	21.»
32	Basses-Pyrénées	1.377	4.131	5.508	21.»
33	Corrèze	1.151	2.647	3.798	20.»
		45.519	132.915	178.434	32.»

3e *Série.*

		Hommes.	Femmes.	Total.	Proportion pour 1,000.
34	Ardennes	839	2.517	3.356	17.»
35	Aveyron	1.020	3.060	4.080	17.»
36	Lot.	721	2.163	2.884	17.»
37	Ain.	887	2.661	3.548	16.»
38	Vaucluse	630	1.890	2.520	15.7
39	Aude	668	2.004	2.672	15.»
40	Allier	665	1.995	2.660	11.7
41	Côte-d'Or	663	1.989	2.652	11.5
42	Creuse	464	1 392	1.856	11.»
43	Bas-Rhin	958	2.874	3.832	10.8
44	Nièvre	546	1.638	2.184	10.6
45	Aube	401	1.203	1.604	10.»
46	Marne	573	1.719	2.292	9.7
		9.035	27.105	36.140	13.»

4e *Série.*

		Hommes.	Femmes.	Total.	Proportion pour 1,000.
47	Eure	548	1.644	2.192	9.»
48	Haute-Vienne	389	1.167	1.556	7.8
49	Seine-et-Oise	626	1.878	2.504	7.7
50	Gard	429	1.287	1.716	6.6
51	Yonne	362	1.086	1.448	6.3
52	Orne	393	1.179	1.572	6.2
53	Somme	510	1.530	2.040	5.9
54	Landes	276	828	1.104	5.9
55	Charente	329	987	1.316	5.7
56	Sarthe	334	1.002	1.336	4.8
57	Seine-Inférieure	459	1.377	1.836	3.8
58	Bouches-du-Rhône	301	903	1.204	3.6
59	Seine-et-Marne	199	597	796	3.7
60	Calvados	244	732	976	3.4
61	Eure-et-Loir	145	435	580	3.3
62	Gers	144	432	576	3.2
63	Var	150	450	600	3.2
64	Corse	118	354	472	3.»
65	Tarn	164	492	656	3.»
66	Indre	123	369	492	2.9
67	Maine-et-Loire	219	657	876	2.6
68	Tarn-et-Garonne	84	252	336	2.4
69	Gironde	254	762	1.016	2.4
70	Vendée	141	423	564	2.3
71	Seine	736	2.208	2.944	2.2
72	Ille-et-Vilaine	187	561	748	2.1
73	Loiret	159	477	636	2.»
74	Cher	103	309	412	2.»
75	Nord	421	1.263	1.684	2.»
76	Lot-et-Garonne	79	237	316	1.6
77	Hérault	101	303	404	1.6
78	Pas-de-Calais	180	540	720	1.6
79	Mayenne	73	219	292	1.3
80	Loir-et-Cher	51	153	204	1.2
		9.031	27.093	36.124	3.5

5e *Série.*

	Hommes.	Femmes.	Total.	Proportion pour 1,000.
81 Indre-et-Loire. . . .	42	126	168	0.8
82 Vienne.	37	111	148	0.7
83 Loire-Inférieure. . .	61	183	244	0.6
84 Charente-Inférieure.	40	120	160	0.5
85 Finistère.	54	162	216	0.5
86 Deux-Sèvres.	20	60	80	0.4
87 Morbihan.	23	69	92	0.3
88 Manche.	26	78	104	0.3
89 Côtes-du-Nord. . . .	27	81	108	0.2
	330	990	1.320	0.4

RÉCAPITULATION

1re Série.	40.247	81.778	122.025	73.8
2e —	45.519	132.915	178.434	32.»
3e —	9.035	27.105	36.140	13.»
4e —	9.031	27.093	36.124	3.5
5e —	330	990	1.320	0.4
Totaux généraux. . .	104.162	269.881	374.043	16.»

Il résulte de ce tableau qu'il y a, en France, dix départements dans lesquels le goître, pour la population au-dessus de vingt ans, s'élève à la proportion très forte d'au moins 5 p. 100. Ces dix départements, à l'exception de l'Aisne, sont tous des pays de hautes montagnes. Au premier rang se trouvent la Savoie, la Haute-Savoie et les Hautes-Alpes, dans lesquels la proportion des cas de goître est de 9, 11, ou même 13 p. 100.

Dans vingt-trois autres départements, la proportion est d'au moins 2 p. 100. Les plus gravement atteints sont la Loire, le Rhône, le Puy-de-Dôme, la Haute-Loire et l'Oise.

Enfin, dans douze départements, la proportion des goîtreux est encore d'au moins 1 p. 100.

Il y a donc quarante-cinq départements en France, dans lesquels le nombre des goîtreux, pour la population au-dessus de vingt ans, s'élève au moins à 1 p. 100.

Cette proportion permet d'affirmer que, dans certaines parties de chacun de ces départements, la maladie règne avec une intensité assez grande.

L'endémie, en effet, comme on le verra, est bien loin d'être répandue d'une manière uniforme. Il y a parfois des arrondissements entiers qui sont indemnes et d'autres, au contraire, qui sont gravement atteints.

L'endémie règne encore dans d'autres départements, mais d'une manière beaucoup plus légère et dans des localités restreintes. C'est donc, avant tout, ces quarante-cinq départements qui méritent d'être étudiés, au point de vue de l'endémie du goître.

En suivant leur situation sur une carte, on constate qu'ils constituent un ensemble affectant une forme assez remarquable; l'endémie commence au nord par une simple ligne continue, représentée par les départements de l'Aisne, de l'Oise et des Ardennes; puis cette ligne s'élargit et l'on trouve une agglomération des sept départements de la Meuse, de la Moselle, de la Meurthe, du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, de la Haute-Marne et de la Haute-Saône. C'est au milieu de cette agglomération qu'est placé le département des Vosges, l'un des plus gravement atteints. En allant toujours du nord au sud, la ligne se rétrécit et n'est plus formée que par la fin de la Haute-Saône, du Doubs et le commencement du Jura. Ce dernier département est situé au sommet d'une seconde agglomération bien plus considérable que la première et qui affecte une forme à peu près triangulaire. Elle est composée de vingt et un départements, parmi lesquels se trouvent ceux où la maladie sévit avec le plus d'intensité; ce sont, à droite, la Savoie,

le Rhône, l'Isère, la Loire, etc. Le côté gauche du triangle est formé par les départements de Saône-et-Loire, de l'Allier, de la Corrèze, du Puy-de-Dôme et de la Dordogne. Au centre et à la base se trouvent la Loire, la Haute-Loire, l'Aveyron, le Cantal, l'Ardèche, etc.

Il reste un troisième groupe, séparé des deux précédents par les départements relativement indemnes de Tarn-et-Garonne et du Tarn. Il se compose de cinq départements, qui sont, en allant de l'ouest à l'est, les Basses et les Hautes-Pyrénées, la Haute-Garonne, l'Ariège et les Pyrénées-Orientales.

En suivant sur la carte les départements atteints, on constate ce fait singulier que le goître épargne les départements du Centre, mais bien plus encore ceux de l'Ouest. Il en résulte que l'endémie, dans son ensemble, présente, jusqu'à un certain point, la forme d'un fer à cheval, l'extrémité de la branche supérieure étant formée par l'Oise, celle de la branche inférieure par la Dordogne et la partie courbe par les départements des Hautes-Alpes, du Jura et de l'Isère, etc. L'intérieur du fer à cheval et son ouverture sont remplis par les départements du centre et par la frontière de l'ouest, dans lesquels la maladie n'existe pas.

Telle est la distribution géographique de l'endémie du goître, considérée d'uue manière générale. Plus loin, elle sera étudiée pour chaque arrondissement et chaque canton, dans les soixante départements le plus gravement atteints.

Marche de l'endémie du goître en France pendant cinquante ans (1816 à 1865).

Les rapports qui ont été adressés à votre Commission indiquent presque tous une diminution du nombre des goîtreux, et on ne peut guère, à cet égard, citer que deux

exceptions; l'une a été signalée par le Dr Ménestrel pour quelques communes des Vosges, et l'autre par le Dr Rousseau pour la commune de Grozon, près de Poligny.

Les auteurs des rapports attribuent la décroissance à deux causes principales : la première serait l'augmentation de l'aisance générale des populations et l'amélioration des conditions hygiéniques qui en a été la conséquence; la seconde, le soin qu'on prend, beaucoup plus qu'autrefois, de faire traiter le goître à son début.

Cependant les documents que vous avez reçus ne contiennent aucune statistique faite à une époque plus ou moins éloignée et qui eût pu être comparée à des relevés récents.

On comprend que des documents de ce genre seraient nécessaires pour démontrer que l'endémie est en progression décroissante; des appréciations générales et toujours plus ou moins vagues ne sauraient suffire pour qu'on admette ainsi sans contrôle un fait qui offre un si grand intérêt.

Il y a cinq ans, votre rapporteur avait relevé sur les tableaux conservés à la sous-préfecture de Saint-Jean-de-Maurienne les cas d'exemption pour goître depuis 1796 jusqu'à l'époque de l'annexion ; et, loin de constater ainsi une décroissance de l'endémie, il avait au contraire reconnu une augmentation dans un assez grand nombre de localités ; il a donc pensé qu'il importerait qu'un travail analogue fût fait pour les départements dans lesquels a eu lieu l'enquête statistique. Avant d'exposer les résultats de ce travail, il convient de dire comment on a procédé pour les recherches.

Les variations de l'endémie ont été étudiées d'après un relevé de cinquante années fait sur les tableaux du recrutement, de 1816 à 1865. Ces cinquante années ont été divi-

sées en cinq périodes de dix années chacune, et c'est la comparaison de ces cinq périodes qui a permis de constater les changements qui se sont produits.

Pour déterminer l'augmentation et la diminution, il a paru utile d'opposer l'une à l'autre deux périodes de vingt années chacune; la première s'étend de 1816 à 1835 et la seconde de 1846 à 1865.

Il est vrai qu'en prenant les vingt dernières années seulement et les divisant aussi en deux périodes comparées entre elles, on trouve un plus grand nombre de départements présentant une augmentation, ce qui accuserait pour quelques départements une légère recrudescence dans la période de 1846 à 1865, mais il est facile de montrer que le travail fait sur cette base eût été moins exact. Dans la Meurthe, par exemple, la proportion est de 35,37 p. 1,000, pendant la première période; dans la seconde, elle monte à 38,41; puis elle tombe à 20,49 et à 12,73, dans la troisième et la quatrième, pour remonter à 16,50 dans la dernière.

Comme on le voit, pour les trente dernières années, la diminution est extrêmement marquée, et cependant, si on se bornait à opposer les deux dernières périodes seulement, on trouverait une augmentation d'un tiers. Les deux périodes extrêmes, de vingt années chacune, constituent donc une meilleure base pour obtenir des résultats se rapprochant autant que possible de la vérité.

On est arrivé ainsi à constater, en ne prenant que les soixante départements où la proportion des goîtreux est la plus forte, que l'endémie a augmenté dans vingt-six d'entre eux et diminué dans dix-sept.

Il importe d'ajouter qu'il y a d'autres départements dans lesquels il y a augmentation ou diminution; mais on s'est arrêté à ceux qui présentaient, pour l'augmentation, une

proportion d'un tiers au moins, et, pour la diminution, une proportion d'un quart.

En se bornant dès ce moment aux vingt-six départements dans lesquels l'augmentation a été la plus forte et au moins d'un tiers, on arrive aux résultats suivants pour l'ensemble de ces départements :

Dans la première période de 1816 à 1835, les contingents et les cas de réforme pour infirmités se sont élevés à 522,195; le nombre des goîtreux a été de 4,254, d'où la proportion de 8,14 p. 1,000.

Dans la seconde période de 1846 à 1865, les contingents et les cas d'exemptions pour infirmités forment, pour les vingt-six départements, un total de 823,677, et le chiffre des goîtreux s'élève à 11,429; la proportion est de 13,87 p. 1,000.

L'endémie du goître, dans la deuxième période, a donc sévi avec plus d'intensité dans la proportion de 8,14 à 13,87, soit une augmentation de plus de moitié.

Il reste maintenant à examiner les augmentations qui se sont produites dans chaque département en particulier.

L'endémie a au moins triplé dans l'Orne et a plus que doublé dans l'Yonne, la Haute-Saône, l'Eure, la Haute-Savoie, le Doubs, les Ardennes.

Elle a doublé dans la Haute-Marne.

L'augmentation est presque aussi forte dans l'Oise, la Nièvre, la Savoie, la Meuse, la Côte-d'Or, Seine-et-Oise, l'Aube et l'Ain.

Viennent ensuite, avec des augmentations de moitié ou au moins d'un tiers, les départements de Seine-et-Marne, de la Sarthe, de l'Aisne, du Jura, des Bouches-du-Rhône, de la Creuse, de Vaucluse, de la Loire, de la Haute-Loire et de la Lozère.

Il importe de faire remarquer que dans les vingt-six départements où l'augmentation a été au moins d'un tiers, le fait est loin d'avoir pour tous la même importance.

Il faut surtout s'attacher ici aux départements dans lesquels l'endémie sévit avec intensité et qui contiennent un très grand nombre de goîtreux. Tels sont surtout la Haute-Savoie, la Savoie, l'Aisne et le Jura.

Viennent ensuite la Haute-Saône, le Doubs, la Haute-Marne, l'Oise, la Meuse, la Loire, la Haute-Loire et la Lozère.

Ces douze départements contiennent plus de 2 p. 100 de goîtreux, et cette proportion, déjà assez forte, tend à augmenter.

Les dix départements qui restent ne contiennent plus que 1 p. 100 ou même une proportion moindre. Cependant il importe de signaler l'accroissement relativement considérable qui a eu lieu dans l'Eure, les Ardennes, la Nièvre, la Côte-d'Or, l'Aube et l'Ain.

Les autres départements n'ont plus que des proportions très faibles; et, bien que les recherches aient été faites pour cinquante ans, une erreur serait plus facile à commettre. Les augmentations qui sont indiquées pour l'Orne et pour l'Yonne n'en méritent pas moins de fixer l'attention.

L'augmentation dans les vingt-six départements a été rarement progressive pendant les cinquante années; c'est cependant ce qui a eu lieu dans l'Oise, où l'on voit se succéder, de dix ans en dix ans, les proportions de 7, 9, 11, 15 et 16 p. 1,000.

Dans les autres départements, l'augmentation a été progressive pendant les quarante dernières années, soit seulement pendant les trente dernières. Tantôt, comme dans les Ardennes, l'endémie, après avoir plus que doublé, reste stationnaire et reprend sa marche progressive pendant les

deux dernières périodes. Cette marche est représentée par les proportions de 2, 3, 5, 7 et 9 p. 1,000.

Un autre fait qui semble aussi, sous ce rapport, mériter de fixer l'attention, c'est l'envahissement du goître dans des départements qui, autrefois, paraissaient presque complètement épargnés. On peut citer, entre autres, le Doubs, les Ardennes et la Haute-Saône.

Le premier commence par une proportion de 3 p. 1,000 et offre 11 p. 1,000 dans la dernière période; dans les Ardennes, la proportion, qui n'est que de 2 p. 1,000 dans la première période, atteint 9 p. 1,000 pendant la dernière.

Enfin, dans la Haute-Saône on trouve 2 p. 1,000 au début, et 16 p. 1,000 à la fin.

Les mêmes faits se présentent encore dans d'autres départements où l'endémie est moins intense; on peut citer l'Aude, la Creuse, la Côte-d'Or, la Nièvre, etc.; ces départements commencent par des proportions de 2 ou 3 p. 1,000 et arrivent à 5 ou 6 p. 1,000.

Il résulte de ce qui précède que l'endémie du goître est en progression croissante dans vingt-six départements, et qu'il y en a dix-sept où l'augmentation a été au moins de moitié.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaires, et il est inutile d'insister sur l'intérêt qu'ils présentent pour l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie.

Quant à la diminution de l'endémie, elle a eu lieu dans dix-sept départements, qui, réunis, donnent les résultats suivants :

De 1816 à 1835, les contingents et les cas de réforme pour infirmités, dans ces dix-sept départements, ont été de 367,411 ; les exemptions pour goître se sont élevées à 9,752, d'où la proportion de 26,52 p. 1,000.

Dans la deuxième période de 1846 à 1865, les contingents et les cas de réforme ont été de 601,774 et les exemptions pour goître de 9,081, d'où la proportion de 15,10 p. 1,000. La proportion est donc tombée de 26,52 à 15,10, ce qui constitue une diminution de plus d'un tiers.

Si, après avoir constaté ce résultat général, on passe à l'examen de chaque département en particulier, on trouve que, dans onze départements, l'endémie a diminué de plus de moitié. Cette diminution est surtout très remarquable dans le Bas-Rhin, la Meurthe, les Alpes-Maritimes et le Haut-Rhin. Elle est très forte aussi dans la Charente; mais c'est un département à endémie faible (6 p. 1,000).

Le fait le plus remarquable est celui du Bas-Rhin, où l'endémie est tombée dans la proportion de 6,55 à 1.

Dans la Meurthe, qui vient après, la diminution n'a eu lieu que dans la proportion de 2,52 à 1.

Il importe de faire remarquer que les dix-sept départements dans lesquels le goître a diminué sont presque tous atteints gravement par l'endémie. Quatre ont plus de 50 goîtreux pour 1,000 habitants (Alpes-Maritimes, Hautes-Pyrénées, Ariège, Basses-Pyrénées); neuf ont plus de 20 p. 1,000 (Meurthe, Haut-Rhin, Ardèche, Pyrénées-Orientales, Dordogne, Corrèze, Haute-Garonne, Moselle, Isère); deux ont plus de 10 p. 1,000 (Aveyron, Bas-Rhin); il ne reste donc que deux départements à endémie très faible, la Charente et le Tarn.

Si on recherche comment la diminution s'est produite, on trouve qu'elle n'a eu lieu d'une manière progressive que dans deux départements, ceux du Bas-Rhin et des Hautes-Pyrénées.

Dans le Bas-Rhin, la décroissance, depuis cinquante ans, est indiquée par les proportions suivantes : 60, 39, 25, 10 et 5 p. 1,000. On trouve de même pour les Hautes-Pyrénées

les proportions décroissantes de 66, puis de 60, 54, 45 et 40 p. 1,000. Comme on le voit, la décroissance ici ne s'est pas maintenue pendant la dernière période. Dans les départements du Haut-Rhin, de la Corrèze, de l'Aveyron, de l'Isère, de l'Ariège et de l'Ardèche, la diminution est progressive pour les trente dernières années seulement. Dans les Basses-Pyrénées, la proportion est restée la même depuis vingt ans; elle est de 10 p. 1,000.

En suivant sur une carte les départements dans lesquels il y a eu augmentation ou diminution, on constate que la progression croissante ou décroissante n'a pas eu lieu çà et là, comme au hasard; qu'au contraire, elle s'est produite par régions comprenant un certain nombre de départements. C'est ainsi qu'on trouve se succédant les uns aux autres, sur une ligne continue, les départements de l'Oise, de l'Aisne, des Ardennes, de la Meuse, de la Haute-Marne, de la Haute-Saône, du Doubs, de la Côte-d'Or, dans lesquels l'augmentation est partout considérable. A côté de ces départements, on remarque une agglomération de quatre autres départements dans lesquels l'endémie a diminué ; ce sont le Haut-Rhin, le Bas-Rhin, la Meurthe et la Moselle. Dans le Bas-Rhin surtout, la diminution constitue un fait extrêmement remarquable, puisqu'elle a eu lieu, comme il vient d'être dit, dans la proportion de 6,55 à 1.

Il est impossible assurément de n'être pas frappé de cette singularité de neuf départements dans lesquels l'endémie a subi une augmentation souvent considérable, et qui touchent à une agglomération de quatre autres départements où elle a, au contraire, diminué dans une proportion très forte.

Si des départements du Nord on passe à ceux du Sud, et qu'on examine la ligne où se trouvent successivement les départements des Basses et des Hautes-Pyrénées, de la

Haute-Garonne, de l'Ariège et des Pyrénées-Orientales, on constate que, là aussi, la diminution existe sur la ligne entière.

Enfin, outre les deux groupes qui viennent d'être indiqués, il en existe un troisième, formé de quatre départements et dans lesquels il y a aussi diminution : ce sont la Charente, la Corrèze, la Dordogne et l'Aveyron. Pour le Cantal, qui est enclavé en grande partie dans ce groupe, l'endémie, depuis quarante ans, y paraît tout à fait stationnaire.

Ainsi, sur dix-sept départements dans lesquels la diminution a eu lieu, il y en a treize distribués en trois groupes distincts. Les quatre autres sont isolés : ce sont le Tarn, les Alpes-Maritimes, l'Isère et l'Ardèche.

Les résultats qui viennent d'être exposés pour les variations de l'endémie depuis cinquante ans ne peuvent soulever, en apparence au moins, aucune objection en ce qui concerne la décroissance dans un certain nombre de départements, ces résultats étant d'accord avec l'opinion générale. Il n'en est pas de même pour ce qui a trait à l'aggravation de l'endémie signalée dans plus de vingt-six départements. Un pareil fait a lieu de surprendre, car personne ne songe à nier que depuis cinquante ans une amélioration progressive ne se soit produite dans le bien-être des populations et par suite dans les conditions hygiéniques.

Il importe donc, avant d'admettre ce résultat, de bien s'assurer que les recherches sont exactes.

La proportion des exemptions pour goître dans un département suffit-elle pour juger de l'intensité de l'endémie? Cela ne paraît pas pouvoir être mis en doute, si on prend d'assez longues périodes.

Or, les faits qui viennent d'être exposés sont déduits, comme on l'a vu plus haut, de la comparaison de deux pé-

riodes de vingt années chacune. La base sur laquelle reposent les recherches ne paraît donc pas pouvoir être attaquée. Les objections ne pourraient être tirées que des variations possibles dans la manière dont opèrent les conseils de revision.

Peut-on supposer, par exemple, qu'on aurait été moins sévère pour réformer les goîtreux de 1816 à 1835 que de 1846 à 1865?

Il est facile de démontrer que cette supposition ne saurait être admise et que c'est bien plutôt le contraire qui pourrait avoir eu lieu.

Et d'abord, il importe de faire remarquer que le chiffre proportionnel des réformés a toujours été en diminuant, en même temps qu'on élevait le chiffre des contingents.

A mesure, en effet, qu'il a fallu un plus grand nombre de soldats, on s'est montré moins rigoureux pour certaines causes d'exemption; en outre, comme on le sait, on a abaissé le niveau de la taille.

La conséquence de ces changements a été des plus remarquables.

Le chiffre total des contingents de 1816 à 1835 ne s'est élevé qu'à 1,160,000 hommes, et celui des réformés à 1,075,000. C'est à peine, entre le chiffre des contingents et celui des réformés, une différence de 100,000. Au contraire, de 1846 à 1865, le chiffre des contingents s'est élevé à 2,120,000 hommes et celui des réformés à 1,257,773; la différence est donc de plus de 850,000.

Ainsi, tandis que de 1816 à 1835 on réformait 92 conscrits pour avoir 100 soldats, de 1845 à 1865 les réformés n'étaient plus que de 57 p. 100; or, c'est précisément dans cette période d'exemptions de moins en moins nombreuses pour infirmités qu'on constate l'augmentation des exemptions pour goître.

Évidemment, le contraire devrait avoir lieu.

En outre, de 1816 à 1835 tous les soldats portaient un col, ce qui rendait bien difficile l'admission des conscrits atteints même d'un goître très peu développé.

Une dernière raison, c'est qu'on sait aujourd'hui mieux qu'autrefois que les goîtres peu volumineux guérissent par le seul changement de pays, et c'est encore là une considération qui a dû rendre les conseils de revision plus difficiles au point de vue des exemptions pour goître.

Il est donc infiniment probable que depuis vingt ans, loin d'avoir exempté proportionnellement plus de goîtreux, on a dû, au contraire, en exempter moins, et dès lors la manière d'opérer des conseils de revision ne saurait expliquer l'augmentation assez considérable indiquée par les tableaux du recrutement; elle semble donc bien réellement devoir être attribuée à une aggravation de l'endémie.

On ne peut évidemment invoquer, pour expliquer ce fait, ni l'augmentation de la misère, ni les changements dans les conditions hygiéniques, qui en auraient été la conséquence.

En se plaçant à ce point de vue, on devrait au contraire, dans les départements de l'Aisne, de l'Oise et des Ardennes, par exemple, constater depuis cinquante ans une diminution progressive du goître. On est donc conduit à admettre qu'il existe quelque cause inconnue, devenue plus active sous l'influence de conditions encore indéterminées.

Quant au développement de l'endémie dans des localités où elle existait à peine autrefois, il importe de rappeler que les auteurs ont déjà cité des faits tendant à prouver qu'elle peut disparaître de certaines contrées et, au contraire, se répandre dans d'autres qui jusque-là avaient été tout à fait indemnes.

D'après Humboldt, le goître n'existait point à Mariquita.

dans la Nouvelle-Grenade, avant 1780, et les femmes de cette ville jouissaient même autrefois d'une grande réputation de beauté. Depuis cette époque, l'endémie s'est développée et sévit avec intensité. Le même auteur assure qu'il en est encore ainsi pour plusieurs autres localités sur le plateau de Santa-Fé de Bogota. Sigault, dans son ouvrage sur les maladies du Brésil, affirme qu'il y a vingt ans le goître était à peine connu dans le Rio-Grande du Sud. Maintenant, l'endémie règne dans plusieurs villes.

Hof parle de l'apparition récente de l'endémie dans plusieurs cantons de l'Ilmerthal.

D'après Wotherspoon, le goître était inconnu au fort Kent avant 1820.

A Beauregard, dans le Puy-de-Dôme, suivant Miral-Jeudy, l'endémie n'aurait fait son apparition que depuis la fin du siècle dernier.

A ces faits, cités par M. Saint-Lager, on peut en ajouter d'autres tendant à démontrer l'augmentation de la fréquence du goître dans des contrées où il existait déjà à un faible degré.

Des exemples de ce genre ont été observés au Brésil, aux États-Unis, en Allemagne, en Italie, etc. Les rapports adressés à votre Commission signalent quelques communes des Vosges et du Jura dans lesquelles l'endémie aurait augmenté.

En étudiant plus loin l'étiologie, il y aura lieu de rechercher si les faits d'augmentation ou de diminution du goître dans certaines localités peuvent être invoqués pour soutenir ou pour combattre certaines doctrines. Il suffira de dire, dès ce moment, que, quant à l'augmentation, l'influence de l'hérédité l'explique dans une certaine mesure.

Le goître, en effet, comme on le verra, est une maladie très héréditaire, qui se perpétue indéfiniment dans certaines

familles, pour peu que la prédisposition soit aidée par une influence endémique, même légère. Il importe, d'ailleurs, de faire remarquer qu'il s'agit ici d'une maladie qui entraîne beaucoup moins que d'autres l'extinction plus ou moins rapide des familles par suite d'une morbidité exceptionnelle; l'influence héréditaire continue donc beaucoup plus longtemps, et, sous ce rapport, le goître pourrait, jusqu'à un certain point, être rapproché des difformités.

En résumé, pour ce qui a trait aux variations de l'endémie du goître en France, en comparant entre elles les deux périodes de 1816 à 1845 et de 1846 à 1865, on est arrivé aux résultats suivants :

1° L'endémie du goître, depuis cinquante ans, a augmenté dans vingt-six départements, et diminué dans dix-sept.

2° En résumant les vingt-six dans lesquels il y a eu augmentation, on trouve que celle-ci a été de plus de moitié.

3° Dans huit départements, le nombre des cas de goître a au moins doublé.

4° Dans plusieurs départements où l'endémie existait à peine il y a cinquante ans, elle s'est graduellement développée et est arrivée à une proportion assez forte.

5° Quant aux dix-sept départements où l'endémie a diminué, la diminution n'a été réellement très marquée que dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Meurthe.

6° En suivant sur une carte les départements où l'endémie a augmenté ou diminué, on constate que ces changements ne se sont pas produits çà et là, mais par régions. C'est ainsi que, sur les dix-sept départements où il y a eu diminution, treize forment trois groupes distincts et séparés les uns des autres.

Du nombre des goîtreux en France.

On a vu qu'en récapitulant le nombre des goîtreux dans les 89 départements, on arrivait pour la population au-dessus de vingt ans, c'est-à-dire pour 22,840,089 habitants, à trouver un chiffre de 374,043 goîtreux, ce qui donne une proportion de plus de 1 1/2 p. 100.

D'autre part, on a vu aussi que, sur 13,109 cas de goître, il y en avait 2,209 chez des enfants ou des jeunes gens au-dessous de vingt ans. Le nombre des goîtreux dans la population au-dessous de vingt ans serait donc approximativement le cinquième de celui qui a été indiqué pour la population au-dessus de vingt ans; il faudrait donc ajouter 74,800 à 374,043, ce qui donnerait un total de 448,843 goîtreux pour toute la France.

Il convient de faire remarquer que cette augmentation d'un cinquième, pour la population au-dessous de vingt ans serait certainement trop faible, ainsi qu'il résulte des recherches particulières citées plus haut. Dans les enquêtes, en effet, on se borne généralement à compter les goîtres volumineux et, le plus souvent, on oublie de noter ceux des enfants.

En outre, il importe de rappeler que, pour les comptes rendus du recrutement, il y a une proportion assez forte de cas de goîtres qui échappent à toute investigation. En 1865, comme il a été dit plus haut, sur 153,021 jeunes gens réellement examinés par les conseils de revision, 52,875 avaient été réformés pour diverses infirmités, et, sur ce nombre, 1,502 seulement l'avaient été pour cause de goître. Parmi tous les autres, il y avait certainement des goîtreux qui ont été exemptés pour d'autres causes. Qu'on

suppose, par exemple, un cinquième seulement (1) de ces 52,875 conscrits considérés comme non examinés au point de vue du goître, ce serait environ 30,000 cas de goître qui devraient être ajoutés au nombre total.

Enfin, on pourrait rappeler que dans cinquante-cinq départements, qui sont, il est vrai, les plus légèrement atteints par l'endémie, la proportion des femmes aux hommes est supérieure à celle de 3 goîtreuses pour 1 goîtreux; or, c'est cette proportion qui a été adoptée pour établir les résultats cités plus haut.

Il serait donc possible, pour ces diverses causes, d'ajouter 50,000 ou 60,000 goîtreux au chiffre indiqué ci-dessus.

En résumé : Il est permis de conclure des recherches qui précèdent :

1° Qu'il y a en France environ 500,000 goîtreux (2);

2° Si on s'en tient au chiffre de 448,000, qu'on a établi d'après les comptes rendus du recrutement, mais qui est certainement trop faible, on a encore la proportion très forte de 1 goîtreux pour 84 habitants;

3° Que la maladie règne à l'état endémique dans soixante départements, mais qu'il y en a quarante-cinq assez gravement atteints dans un ou plusieurs de leurs arrondissements.

En présence de ces faits, il convient de rappeler que l'endémie du goître, à mesure qu'elle acquiert plus d'intensité, tend à produire la dégénérescence de la race.

Il importe donc de rechercher avec soin les moyens prophylactiques les plus propres à arrêter la marche d'une maladie si répandue et dont les conséquences peuvent peu à peu devenir si graves.

(1) Ce fait est directement prouvé par les documents originaux du recrutement par communes. Ces documents prouvent en effet que très souvent plusieurs motifs d'exemption sont invoqués par le même conscrit.

(2) Ce chiffre concorde avec les résultats cités plus haut et déjà obtenus par Boudin et par M. Grange.

V

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE

DE L'ENDÉMIE DU CRÉTINISME

L'étude de l'endémie du crétinisme offre des difficultés qui n'existent pas pour l'endémie du goître, et ces difficultés sont si grandes qu'on ne peut espérer établir que des approximations dont l'exactitude pourrait souvent être contestée.

Le goître, en général, ne se développe qu'à l'âge de huit ou dix ans, et cette infirmité ne constitue pas une cause fréquente de mortalité, de sorte qu'une enquête faite avec beaucoup de soin peut, en réalité, donner exactement le nombre des goîtreux. La maladie est d'ailleurs des plus faciles à reconnaître et des erreurs ne sont point à craindre. Il en est tout différemment pour le crétinisme.

Pendant les premiers mois et même pendant les deux premières années, sa constatation, comme on l'a vu, est plus ou moins difficile, et il se présente beaucoup de cas douteux. On a donc à craindre un grand nombre d'omissions. Ce fait est d'ailleurs directement prouvé par les résultats des enquêtes.

Ainsi, la Commission de Piémont, sur plus de 7,000 crétins, n'en a guère trouvé que 300 âgés de moins de dix ans. Pour se convaincre qu'il y a ici une très grave erreur, il suffit de réfléchir que les enfants au-dessous de dix ans forment plus du cinquième de la population, et que c'est dans cette période qu'il y a le plus de crétins. C'est donc au moins 1,500 ou 1,800 crétins sur 7,000 que l'enquête aurait dû faire connaître.

Pour apprécier l'intensité de l'endémie, il faudrait encore tenir compte de la mortalité exceptionnelle qui sévit sur les enfants atteints de crétinisme. « D'après les renseignements fournis par les médecins des lieux infectés, dit le rapporteur de la Commission de Piémont, la mortalité des enfants est relativement beaucoup plus grande; la plupart meurent subitement après le sevrage, par convulsions, par diarrhée ou par hydrocéphalie. » Cette mortalité exceptionnelle prouve que les résultats fournis par une enquête qui n'a pu constater que l'état actuel de la population, sont très loin de la vérité. Ce qu'il faudrait indiquer dans chaque localité, ce n'est pas seulement le nombre des crétins qui existent à un moment donné, mais celui des crétins qui sont morts pendant une période déterminée. Or, de semblables recherches n'ont point été faites jusqu'ici.

Il existe une troisième cause d'erreur, aussi grave que les deux premières. Elle vient de la difficulté de distinguer le crétinisme de l'idiotie, et l'idiotie due aux causes endémiques de celle qui se produit sous l'influence de causes plus générales sévissant dans les départements exempts de goître.

Il n'est donc pas permis d'espérer que les maires chargés de l'enquête statistique aient pu faire ces distinctions souvent difficiles pour les médecins eux-mêmes.

D'un autre côté, dans les tableaux du recrutement, on a

réuni dans une même colonne les cas d'exemptions pour idiotie et pour crétinisme.

Les documents dont on dispose ne permettent donc pas d'isoler les cas véritablement dus aux causes endémiques locales.

Pour faire comprendre combien est grave la confusion entre le crétinisme et l'idiotie, il suffira de dire qu'il y a en France des départements exempts de goître et qui néanmoins renferment une forte proportion d'idiots.

Par exemple, si l'on réunit les départements de la Vendée, du Lot-et-Garonne, de la Somme et de la Seine-Inférieure, on trouve une proportion qui est en moyenne de près de 5 p. 1,000, tandis que, dans les mêmes départements, la proportion des goîtreux ne s'élève pas en moyenne à 3 p. 1,000.

Assurément, ces cas nombreux d'idiotie ne peuvent en aucune manière être rattachés à l'endémie du goître. Il y aurait donc lieu de rechercher dans quelle proportion ces cas étrangers à l'endémie se trouvent mêlés à ceux qu'elle produit. Mais comme il a été dit plus haut, on ne peut espérer que les maires chargés de l'enquête statistique aient pu surmonter les difficultés que ce sujet présente.

Il faut donc, jusqu'à nouvel ordre, accepter comme un fait qu'on n'a pu éviter dans les diverses enquêtes, la confusion des cas de crétinisme et d'idiotie.

En résumé, omission, dans les relevés, d'un très grand nombre de crétins âgés de moins de trois ans ; d'autre part, mortalité exceptionnelle qui réduit dans une forte proportion le nombre des cas que l'on est appelé à constater ; enfin, confusion entre les véritables crétins et les idiots, telles sont les causes qui rendent très difficile l'étude de la distribution géographique de l'endémie du crétinisme et plus

encore de son intensité relative dans les différents départements.

Malgré ces difficultés, on peut néanmoins, en mettant à profit les documents fournis par les tableaux du recrutement, par l'enquête statistique et aussi les recherches spéciales publiées par divers auteurs, établir les faits suivants :

L'endémie du crétinisme règne avec une grande intensité dans les deux départements des Hautes-Alpes et de la Savoie. La proportion moyenne du nombre des idiots en France n'étant guère que de 3 p. 1,000 (abstraction faite des Hautes-Alpes et de la Savoie), cette proportion s'élève pour le premier de ces départements à 22 p. 1,000 et, pour le second, à 16 p. 1,000. Il importe de rappeler que la proportion des goîtreux est de 111 p. 1,000 dans les Hautes-Alpes, et de 134 p. 1,000 dans la Savoie. Il y a donc ici concordance entre la proportion très forte et tout à fait exceptionnelle des crétins et des idiots et celle des goîtreux.

Dans dix autres départements où le nombre des goîtreux s'élève de 20 à 100 p. 1 000, le nombre des crétins et idiots atteint encore la proportion de 4 à 6 p. 1,000. Ce sont : la Haute-Savoie, les Basses-Alpes, l'Isère, l'Ardèche, la Drôme, les Alpes-Maritimes, les Hautes-Pyrénées, l'Ariège, la Haute-Garonne et la Lozère.

Dans ces dix départements, l'existence simultanée d'un très grand nombre de goîtreux et d'un très grand nombre d'idiots rend encore très probable une influence très marquée de la cause endémique du goître sur la production de l'idiotie.

Au-dessous des proportions qui viennent d'être indiquées, on a beaucoup plus à craindre de simples coïncidences. Cependant il importe encore de citer un certain nombre de départements à endémie goîtreuse dans lesquels la por-

portion des idiots est de 3 à 4 pour 1,000. Ce sont : l'Aveyron, le Lot, la Creuse, la Haute-Loire, les Vosges, le Puy-de-Dôme, les Pyrénées-Orientales, la Dordogne, la Côte-d'Or, les Basses-Pyrénées, l'Oise, l'Allier, la Haute-Marne, la Loire et l'Aube.

L'endémie du crétinisme existe dans d'autres départements, mais elle y est assez limitée pour que le nombre des crétins ne modifie pas d'une manière sensible les résultats généraux obtenus pour l'idiotie.

Tels sont les départements de la Meurthe, de la Moselle, du Bas et du Haut-Rhin, et même le département de l'Aisne, dans lequel l'enquête statistique a relevé un assez grand nombre de crétins goîtreux.

Cette enquête, d'accord avec les renseignements fournis par les tableaux de recrutement, confirme d'ailleurs un fait depuis longtemps reconnu, c'est que l'endémie du crétinisme sévit surtout dans les pays de montagne.

Il y a en France trois groupes principaux de départements qui doivent être signalés sous ce rapport.

Le premier se compose de 8 départements contigus : la Savoie, la Haute-Savoie, l'Isère, les Hautes-Alpes, les Basses-Alpes, les Alpes-Maritimes, la Drôme et l'Ardèche.

Le second comprend 5 départements : les Hautes-Pyrénées, les Basses-Pyrénées, l'Ariège, la Haute-Garonne et les Pyrénées-Orientales.

Dans le troisième groupe, se trouvent la Lozère, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme.

Il faut, à ces 16 départements, ajouter celui des Vosges.

Bien que votre Commission n'ait à s'occuper que du crétinisme, votre rapporteur a cru utile, dans le but d'éclairer la question, de faire un relevé général du nombre approximatif des cas d'idiotie et de crétinisme en France,

d'après les tableaux du recrutement, en prenant une moyenne de seize années.

Il résulte d'un tableau ci-joint que le nombre des cas d'idiotie et de crétinisme peut être évalué, pour toute la France, à plus de 120,000, ce qui donne, pour la population totale, une moyenne de 3,2 pour 1,000 ; mais si l'on retranche, comme il convient, les Hautes-Alpes et la Savoie, dont les proportions exceptionnelles doivent vicier le résultat général, on trouve que la proportion moyenne des cas d'idiotie et de crétinisme dans les 87 départements est, en réalité, de 3 pour 1,000.

NOMBRES ET PROPORTIONS DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LES 89 DÉPARTEMENTS.

Nos d'ordre.	Départements.	Population.	Crétins et idiots.	Proportion pour 1.000.
1	Hautes-Alpes.	122.117	2.747	22.5
2	Savoie.	271.663	4.346	16 »
3	Ardèche..	387.174	2.634	6.8
4	Lozère.	137.263	865	6.3
5	Hautes-Pyrénées. . . .	240.252	1.441	6 »
6	Basses-Alpes.	143.000	858	6 »
7	Isère.	581.386	3.197	5.5
8	Vendée.	404.473	2.143	5.3
9	Lot-et-Garonne. . . .	327.962	1.771	5.4
10	Alpes-Maritimes . . .	198.818	994	5 »
11	Somme.	572.640	2.691	4.7
12	Seine-Inférieure. . . .	792.768	3.567	4.5
13	Ariège.	250.436	1.127	4.5
14	Haute-Savoie.	273.768	1.252	4.5
15	Eure.	394.467	1.775	4.5
16	Aveyron.	400.070	1.720	4.3
17	Aude.	288.626	1.241	4.3
18	Var..	308.550	1.326	4 »
19	Drôme.	324.231	1.296	4 »
20	Haute-Garonne	493.777	1.975	4 »
21	Lot..	288.919	1.155	4 »
22	Tarn-et-Garonne.. . .	228.969	916	4 »
23	Creuse.	274.057	1.096	4.3
	A reporter.	7.705.386	42.133	

N°s d'ordre	Départements.	Population.	Crétins et idiots.	Proportion pour 1.000.
	Report	7.705.386	42.133	
24	Maine-et-Loire.	532.325	2.129	4 »
25	Haute-Loire.	312.661	1.219	3.9
26	Orne.	414.618	1.617	3.9
27	Vosges.	418.998	1.637	3.9
28	Landes.	306.693	1.165	3.8
29	Manche.	573.899	2.181	3.8
30	Puy-de-Dôme.	571.690	2.058	3.6
31	Pyrénées-Orientales. .	189.490	663	3.5
32	Sarthe.	463.619	1.622	3.5
33	Dordogne.	502.673	1.759	3.5
34	Calvados.	474.909	1.662	3.5
35	Côte-d'Or.	382.762	1.301	3.4
36	Allier.	376.164	1.279	3.4
37	Eure-et-Loir	290.753	989	3.4
38	Deux-Sèvres.	333.155	1.133	3.4
39	Basses-Pyrénées. . . .	435.486	1.437	3.3
40	Oise	401.274	1.324	3.3
41	Loir-et-Cher.	275.757	910	3.3
42	Haute-Marne. . . .	259.096	829	3.2
43	Indre.	277.860	889	3.2
44	Aube.	261.951	812	3.1
45	Loire.	537.108	1.611	3 »
46	Ain.	371.643	1.114	3 »
47	Finistère.	662.485	1.987	3 »
48	Mayenne	367.855	1.103	3 »
49	Yonne.	372.589	1.080	2.9
50	Seine-et-Marne. . . .	354.400	1.027	2.9
51	Seine-et-Oise	533.727	1.547	2.9
52	Ardennes.	326.864	948	2.9
53	Vaucluse.	266.091	771	2.9
54	Cantal.	237.994	690	2.9
55	Doubs.	298.072	862	2.9
56	Charente-Inférieure. .	479.529	1.390	2.9
57	Vienne.	324.527	941	2.9
58	Meurthe	428.387	1.199	2.8
59	Meuse.	301.653	844	2.8
60	Corrèze.	310.343	868	2.8
61	Moselle.	452.157	1.266	2.8
	A reporter	22.386.643	89.996	

Nos d'ordre.	Départements.	Population.	Crétins et idiots.	Proportion pour 1.000.
	Report	22.386.643	89.996	
62	Gard.	429.747	1.204	2.8
63	Cher.	336.613	942	2.8
64	Ille-et-Vilaine.	592.609	1.659	2.8
65	Loire-Inférieure. . . .	598.598	1.676	2.8
66	Saône-et-Loire	600.006	1.620	2.7
67	Haut-Rhin	530.285	1.431	2.7
68	Bas-Rhin.	588.970	1.590	2.7
69	Pas-de-Calais.	749.777	1.949	2.6
70	Indre-et-Loire.	325.193	845	2.6
71	Hérault.	427.245	1.111	2.6
72	Jura.	298.477	746	2.5
73	Aisne.	565.025	1.412	2.5
74	Gers.	295.692	739	2.5
75	Morbihan.	501.084	1.252	2.5
76	Loiret	357.110	892	2.5
77	Haute-Vienne.	326.037	782	2.4
78	Charente.	378.218	907	2.4
79	Tarn.	355.513	782	2.2
80	Rhône	678.648	1.496	2.2
81	Nièvre.	342.773	754	2.2
82	Marne	390.809	781	2 »
83	Haute-Saône	317.706	635	2 »
84	Côtes-du-Nord.	641.210	1.218	1.9
85	Gironde.	701.855	1.333	1.9
86	Nord.	1.392.041	2.366	1.7
87	Bouches-du-Rhône.. .	547.903	821	1.5
88	Corse.	259.861	363	1.4
89	Seine.	2.150.916	1.505	0.7
	Totaux. . . .	38.066.564	122.807	3.2

Quant aux variations de l'endémie du crétinisme, elles ne pourraient être déterminées qu'à l'aide des tableaux du recrutement; mais, comme il a été dit plus haut, le crétinisme dans ces tableaux n'a point été séparé de l'idiotie. Les documents, d'ailleurs, ne permettent pas de remonter à plus de seize années, ce qui serait tout à fait insuffisant.

Votre rapporteur a pu, néanmoins, faire des recherches

pour une période beaucoup plus longue dans l'arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne, qui, comme on le sait, est, en France, l'un des plus gravement atteints.

En comparant deux périodes de vingt années, il a trouvé les résultats suivants pour les cantons de Saint-Jean-de-Maurienne, d'Aiguebelle et de La Chambre, où le crétinisme sévit avec le plus d'intensité :

1° Pour le canton de Saint-Jean-de-Maurienne, la maladie serait restée stationnaire. On trouve dans la première période 1 crétin sur 25 jeunes gens réformés, et, dans la seconde, 1 sur 26.

2° Pour le canton d'Aiguebelle, il en serait à peu près de même, et il n'y aurait, en réalité, qu'une très légère augmentation (1 sur 18 dans la première période, 1 sur 15 dans la seconde).

3° Dans le canton de La Chambre, il y aurait une diminution assez considérable, la proportion étant tombée de 1 sur 23 à 1 sur 33.

Bien qu'on n'ait pu jusqu'ici déterminer les variations de l'endémie du crétinisme, comme on a pu le faire pour celles du goître, néanmoins, si on considère que la misère et les mauvaises conditions hygiéniques paraissent avoir une influence beaucoup plus grande sur la production du crétinisme que sur celle du goître, on peut espérer que depuis cinquante ans le nombre des crétins a dû diminuer dans une proportion assez forte.

Ce n'est là, cependant, jusqu'à nouvel ordre, qu'une présomption, et il importe d'ajouter qu'il y a au moins un département dans lequel le nombre des crétins paraît être en proportion croissante, c'est le département des Hautes-Alpes.

M. le Dr Massais assure, en effet, d'après des renseignements qu'il a recueillis, que « le crétinisme a aug-

menté énormément dans ce département et qu'on le rencontre aujourd'hui dans presque toutes les vallées ».

Il importe de faire remarquer que cette augmentation semble confirmée par les résultats que fournissent les comptes rendus du recrutement et qui ont été indiqués plus haut.

Dans le département des Hautes-Alpes, en effet, comme on l'a vu, la proportion des crétins et des idiots est de 22 pour 1,000. Or, cette proportion est tout à fait exceptionnelle et la plus forte qu'il y ait en France.

La Savoie elle-même, qui, jusqu'ici, passait pour le département le plus gravement atteint, l'est beaucoup moins que le département des Hautes-Alpes, la proportion des crétins et idiots n'étant que de 16 pour 1,000.

En présence du fait signalé par M. le Dr Massais, il importe de rappeler que, pour le goître, on admettait aussi d'une manière générale une diminution plus ou moins grande, tandis que l'endémie a augmenté dans vingt-six départements.

Il serait donc utile de faire non seulement pour le crétinisme, mais pour l'idiotie en général, et dans toute la France, un travail analogue à celui qui vient d'être fait pour le goître.

CONCLUSIONS

1° L'endémie du crétinisme sévit surtout avec une assez grande intensité dans les deux départements des Hautes-Alpes et de la Savoie. La proportion des crétins et des idiots réunis est de 22 pour 1,000 dans les Hautes-Alpes et de 16 pour 1,000 dans la Savoie; celle des goîtreux, de 111 et de 134 pour 1,000.

2° Dans la Haute-Savoie, les Basses-Alpes, l'Isère, l'Ardèche, la Drôme, les Alpes-Maritimes, les Hautes-Pyrénées,

l'Ariège, la Haute-Garonne, l'existence du crétinisme endémique est attestée en même temps par l'enquête statistique et par les tableaux du recrutement; la proportion des idiots est, en effet, de 4 à 6 pour 1,000, en même temps que la proportion des goîtreux s'élève de 20 à 100 pour 1,000.

3° Il résulte de l'enquête statistique que le crétinisme endémique existe encore, mais à un degré beaucoup moindre, dans un certain nombre de départements, parmi lesquels on peut citer l'Aveyron, le Lot, la Haute-Loire, les Vosges, le Puy-de-Dôme, les Pyrénées-Orientales, l'Oise, l'Aisne, la Meurthe, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, la Moselle et la Haute-Marne.

4° Les variations de l'endémie du crétinisme n'ont pu, jusqu'ici, faute de documents, être étudiées comme l'ont été celles de l'endémie du goître. Cependant on a signalé une augmentation considérable qui aurait eu lieu depuis soixante ans dans les Hautes-Alpes, département dans lequel le nombre des crétins et idiots réunis atteint la proportion tout à fait exceptionnelle de 22 pour 1,000.

5° Le nombre des crétins et des idiots réunis est, en France, d'environ 120,000.

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE COMPARÉE DU GOÎTRE, DU CRÉTINISME ET DE L'IDIOTIE

En étudiant les rapports de l'endémie du goître et de l'endémie du crétinisme, on a cherché à démontrer que cette dernière n'existe dans aucune contrée, sans qu'il n'y ait en même temps un grand nombre de goîtreux. L'endémie du goître, au contraire, si elle est légère, se présente souvent, comme il a été dit plus haut, sans être accompagnée de crétinisme proprement dit; mais, dès qu'elle augmente, on ne manque pas de constater une tendance à la dégénérescence de la race.

On explique ces faits, en admettant que le goître est la première et la plus légère manifestation de la cause endémique, tandis que le crétinisme en est la manifestation la plus grave.

Le tableau ci-joint peut permettre de comparer la distribution géographique du goître, non pas avec celle du crétinisme, mais avec celle du crétinisme réuni à l'idiotie.

PROPORTION COMPARÉE DES CAS DE GOÎTRE ET DES CAS DE CRÉTINISME ET D'IDIOTIE DANS LES 89 DÉPARTEMENTS.

1re *Série*.

		Goîtreux. Proportion pour 1.000.	*Crétins et idiots.* Proportion pour 1.000.
1	Savoie	133.7	16.0
2	Hautes-Alpes	111.0	22.5
3	Haute-Savoie	92.0	4.5
4	Ariège	82.7	4.5
5	Basses-Alpes	76.9	6.0
6	Hautes-Pyrénées	62.3	6.0
7	Jura	58.9	2.5
8	Vosges	56.8	3.9
9	Aisne	52.9	2.5
10	Alpes-Maritimes	50.7	5.0
		73.8	5.9

2e *Série*.

	Goitreux. Proportion pour 1.000.	*Crétins et idiots.* Proportion pour 1.000.
11 Loire	49.0	3.0
12 Rhône	46.0	2.2
13 Puy-de-Dôme	44.6	3.6
14 Haute-Loire	42.8	3.9
15 Oise	38.0	3.3
16 Drôme	36.9	4.0
17 Haut-Rhin	33.0	2.7
18 Meurthe	33.0	2.8
19 Cantal	32.0	2.9
20 Haute-Saône	31.6	2.0
	30.9	3.0

3e *Série*.

21 Moselle	30.5	2.8
22 Haute-Marne	30.8	2.2
23 Ardèche	29.5	6.8
24 Isère	29.0	5.5
25 Lozère	29.0	6.3
26 Dordogne	25.0	3.5
27 Pyrénées-Orientales	24.0	3.5
28 Meuse	22.6	2.8
29 Doubs	22.0	2.9
30 Saône-et-Loire	21.7	2.7
	20.6	3.9

4e *Série*.

31 Haute-Garonne	21.0	4.0
32 Basses-Pyrénées	21.0	3.3
33 Corrèze	20.0	2.8
34 Ardennes	17.0	2.9
35 Aveyron	17.0	4.3
36 Lot	17.0	4.0
37 Ain	16.0	3.0
38 Vaucluse	15.7	2.9
39 Aude	15.0	4.3
40 Allier	11.7	3.9
	10.7	3.5

5e *Série.*

	Goitreux. Proportion pour 1.000.	Crétins et idiots. Proportion pour 1.000.
41 Côte-d'Or	11.5	3.4
42 Creuse	11.0	4.0
43 Bas-Rhin	10.8	2.6
44 Nièvre	10.6	2.2
45 Aube	10.0	3.1
46 Marne	9.7	2.0
47 Eure	9.0	4.5
48 Haute-Vienne	7.8	2.4
49 Seine-et-Oise	7.7	2.9
50 Gard	6 6	2.8
	9.5	2.9

6e *Série.*

51 Yonne	6.3	2.8
52 Orne	6.2	3.9
53 Somme	5.9	4.7
54 Landes	5.9	3.8
55 Charente	5.7	2.4
56 Sarthe	4.8	3.5
57 Seine-Inférieure	3.8	4.5
58 Bouches-du-Rhône	3.6	1.5
59 Seine-et-Marne	3.7	2.9
60 Calvados	3.4	3.5
	4.1	3.4

7e *Série.*

61 Eure-et-Loir	3.3	3.4
62 Gers	3.2	2.5
63 Var	3.2	4.0
64 Corse	3.0	1.4
65 Tarn	3.0	2.2
66 Indre	2.9	3.2
67 Maine-et-Loire	2.6	4.0
68 Tarn-et-Garonne	2.4	4.0
69 Gironde	2.4	1.9
70 Vendée	2.3	5.5
	2.1	3.1

8e *Série*.

	Goitreux. Proportion pour 1.000.	Crétins et idiots. Proportion pour 1.000.
71 Seine	2.2	0.7
72 Ille-et-Vilaine	2.1	2.8
73 Loiret	2.0	2.5
74 Cher	2.0	2.8
75 Nord	2.0	1.7
76 Lot-et-Garonne	1.6	5.4
77 Hérault	1.6	2.6
78 Mayenne	1.3	3.0
79 Loir-et-Cher	1.2	3.3
80 Pas-de-Calais	1.6	2.6
	1.1	2.0

9e *Série*.

81 Indre-et-Loire	0.8	2.6
82 Vienne	0.7	2.9
83 Loire-Inférieure	0.6	2.8
84 Charente-Inférieure	0.5	2.9
85 Finistère	0.5	3.0
86 Deux-Sèvres	0.4	3.4
87 Morbihan	0.3	2.5
88 Manche	0.3	3.8
89 Côtes-du-Nord	0.2	1.9
	0.4	2.8

Les résultats de ce tableau n'offrent pas, pour l'étude de l'endémie goîtro-crétineuse, l'intérêt qu'on aurait pu espérer; mais il n'y a pas lieu de s'étonner des discordances qu'on observe dans beaucoup de départements. Ces discordances peuvent, en effet, s'expliquer par plusieurs causes.

Et d'abord, il paraît démontré que, dans un certain nombre de départements, l'abus de plus en plus répandu des liqueurs alcooliques contribue à augmenter le nombre des idiots (1).

(1) M. Morel a beaucoup insisté sur cette cause de dégénérescence, d'après de nombreuses observations recueillies par lui dans le département de la Seine-Inférieure. D'autre part, M. Lunier vient de publier sur

En outre, il n'est pas douteux que, dans certaines localités, il n'y ait des causes secondaires assez nombreuses, et dont l'action est assez forte pour aggraver beaucoup plus l'endémie du crétinisme que celle du goître. C'est ce qui a eu lieu, en particulier, dans ces vallées profondes, où l'absence d'insolation, le miasme palustre, la misère des populations, l'absence des règles les plus simples de l'hygiène pour l'éducation des enfants, semblent favoriser l'évolution du crétinisme.

Il ressort, néanmoins, du tableau quelques faits intéressants qu'il importe de signaler.

On remarque, tout d'abord, que les deux départements de la Savoie et des Hautes-Alpes, qui renferment les plus fortes proportions de goîtreux, contiennent également les plus fortes proportions de crétins et d'idiots.

Cependant, pour ces deux départements, le parallélisme est loin d'être complet, et le nombre des crétins et des idiots, dans les Hautes-Alpes, l'emporte de beaucoup, proportionnellement aux goîtreux, sur celui de la Savoie.

la fréquence de la folie alcoolique des documents statistiques qui pourront servir à éclairer cette question.

M. Morel a fait remarquer que la dégénérescence est souvent assez lente à se produire. L'influence des abus alcooliques, dans tel ou tel département, ne pourra donc être accusée, par les recherches statistiques relatives à l'idiotie, qu'après un temps assez long.

Nous donnons cependant, à titre de renseignement, les chiffres de M. Lunier, se rapportant à la fréquence de la folie alcoolique pour les dix départements dans lesquels les cas d'idiotie sont les plus nombreux en dehors de toute influence de l'endémie goîtro-crétineuse.

	IDIOTS prop. p. 1.000.	FOLIE ALCOOLIQUE prop. p. 1.000.
Vendée	5.4	60
Lot-et-Garonne	5.4	280
Somme	4.7	140
Seine-Inférieure	4.5	450
Eure	4.5	230
Var	4 »	230
Maine-et-Loire	4 »	140
Tarn-et-Garonne	4 »	100
Orne	3.9	150
Landes	3.8	110

On peut voir que, dans les départements de hautes montagnes, qui contiennent presque tous une forte proportion de crétins et d'idiots, le même fait se reproduit.

La discordance entre le goître et le crétinisme se remarque surtout pour l'Aisne et le Rhône; mais il importe de rappeler qu'on ne doit pas seulement, pour apprécier la gravité de l'endémie du goître, tenir compte du nombre des cas, mais aussi du volume qu'acquièrent les tumeurs, et surtout du nombre des hommes qui sont atteints.

Parmi les départements de montagne, un seul offre une exception remarquable, c'est le Jura, qui a une très forte proportion de goîtreux et une très faible proportion d'idiots.

Bien qu'il n'y ait pas lieu de s'occuper ici des cas d'idiotie étrangers à l'endémie goîtro-crétineuse, il convient néanmoins d'indiquer les départements qui, sous ce rapport, paraissent présenter quelque chose de spécial.

Les proportions les plus fortes existent dans l'Orne, la Somme, la Seine-Inférieure, le Var, Maine-et-Loire, Tarn-et-Garonne, mais surtout dans la Vendée et le Lot-et-Garonne.

Les proportions les plus faibles se trouvent dans les Bouches-du-Rhône, le Nord, la Corse et la Gironde. La Seine est le département où les cas d'idiotie sont les plus rares; la proportion ne s'élève pas même à 1 p. 1,000.

Comme on peut le voir, dans l'un des tableaux publiés plus haut, le nombre des goîtreux dans aucun de ces départements n'atteint la proportion de 1 p. 1,000; et si l'endémie existe dans plusieurs d'entre eux, elle est bornée à des localités très restreintes.

RECHERCHES STATISTIQUES

SUR

L'ENDÉMIE DU GOITRE ET DU CRÉTINISME

EN FRANCE

Distribution géographique de l'endémie du goître et du crétinisme dans chaque département et dans chaque arrondissement.

Variations de l'endémie du goître pendant cinquante ans, de 1816 *à* 1865.

Il n'est pas besoin de faire remarquer que la détermination comparée du nombre des goîtreux dans chaque département est bien loin de suffire pour atteindre le but que se proposait la Commission, en ce qui concerne la distribution géographique de l'endémie.

Cette endémie du goître et du crétinisme, en effet, sévit quelquefois dans un arrondissement ou même seulement dans quelques cantons, alors qu'elle épargne les arrondissements voisins. La proportion indiquée pour le département tout entier peut donc être due principalement à une contrée assez limitée. De là la nécessité d'étudier l'endémie dans les arrondissements, les cantons et les communes.

C'est ce qui a été fait pour les soixante départements qui offrent le plus d'intérêt au point de vue de l'endémie du goître et du crétinisme. On a cherché à résumer ce travail de la manière la plus claire et la plus concise dans soixante tableaux. Les éléments sur lesquels il repose ont

été fournis par les comptes rendus du recrutement et par l'enquête de 1864.

Les tableaux statistiques que j'ai publiés dans le *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène* font connaître pour soixante départements, outre les résultats obtenus dans chaque arrondissement, la répartition des goîtreux, des crétins et des idiots dans chaque canton, avec indication des communes les plus gravement atteintes.

Je regrette de n'avoir pu reproduire l'ensemble de ce travail et on ne trouvera ici que les tableaux statistiques des quarante-six départements dans lesquels la proportion des goîtreux est la plus forte et au moins de 1 p. 100.

Quant à ce qui a trait aux cantons et aux communes, je ne puis que renvoyer au *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène*, année 1873 (ce recueil est publié par la librairie J.-B. Baillière).

SAVOIE. — POPULATION. — 271,663.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 11 890 / Femmes. 14 272 } 26 162

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 21 802 }
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 4 360 } 26 162

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS.— 134 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTIN-GENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000
1816 à 1825	7 461	3 461	10 922	569	52
1826 à 1835	6 413	3 385	9 798	677	69
1836 à 1845	8 057	3 358	11 415	1 102	96
1846 à 1855	8 749	4 792	13 541	1 166	86
1856 à 1865	8 952	7 613	16 565	1 923	116

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **4346**.
PROPORTION : 16 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1856-1865).

ARRONDISSE-MENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000
Alberville...	2 735	282	103.0	16	5.8
Chambéry ..	10 224	371	36.3	29	2.8
Moutiers....	2 627	401	152.2	34	12.9
St-Jean-de-Maurienne.	3 876	869	224.1	97	25.0

HAUTES-ALPES. — POPULATION. — 122,117.

Nombre approximatif des Goîtreux. { Hommes. 4 454 / Femmes. 5 346 } 9 800

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 8 166 / Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 1 634 } 9 800

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 111 p. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOÎTREUX	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	1 815	828	2 643	163	61.67
1826 à 1835	2 803	440	3 243	460	141.84
1836 à 1845	3 385	3 324	6 709	828	123.41
1846 à 1855	4 055	2 781	6 836	596	87.18
1856 à 1865	3 801	3 433	7 234	733	101.32

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 2747.
PROPORTION : 22,5 p. 1000

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Briançon....	3 729	406	108.8	140	37.5
Embrun	3 956	456	115.0	149	37.6
Gap	7 599	253	33.4	52	6.8

HAUTE-SAVOIE. — POPULATION. — 273,768.

Nombre approximatif des Goîtreux. { Hommes. 6 982 / Femmes. 11 176 } 18 158

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 15 132 / Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 3 026 } 18 158

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 92 P. 1000

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 45 ans (1821-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1821 à 1825	1 215	532	1 747	52	30
1826 à 1835	4 289	1 238	5 527	119	21
1836 à 1845	6 014	1 772	7 786	228	29
1846 à 1855	7 207	3 784	10 991	519	47
1856 à 1865	9 284	7 344	16 628	1 128	67

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1232
PROPORTION : 4, 5 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1856-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Annecy.....	6 694	256	38.2	14	2.1
Bonneville..	5 974	331	55.4	14	2.3
Saint-Julien.	4 753	246	51.7	11	2.3
Thonon.....	4 734	300	63.3	10	2.1

ARIÈGE. — POPULATION. — 250,436.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 3 926 / Femmes. 10 994 } 14 920

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 12 434 }
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 2 486 } 14 920

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 83 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 385	1 875	5 260	213	40.49
1826 à 1835	5 899	4 338	10 237	570	55.68
1836 à 1845	6 214	4 783	10 997	618	56.19
1846 à 1855	8 203	4 910	13 113	391	29.81
1856 à 1865	8 086	4 541	12 627	550	43.55

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1127.
PROPORTION : 4, 5 p. 1000

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Foix........	10 473	311	29.6	26	2.4
Pamiers....	7 690	121	15.7	15	1.9
Saint-Girons	10 782	336	31.1	69	6.3

BASSES-ALPES. — POPULATION. — 143,000.

Nombre approximatif des Goîtreux.	Hommes.	1 981	7 924
	Femmes.	5 943	

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	6 604	7 924
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	1 320	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 77 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000
1816 à 1825	2 193	812	3 005	56	18.63
1826 à 1835	3 653	2 250	5 903	246	41.67
1836 à 1845	3 887	2 745	6 632	332	50.06
1846 à 1855	4 551	1 984	6 535	194	29.68
1856 à 1865	4 269	2 357	6 626	255	38.48

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 858.
PROPORTION : 6 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000
Barcelonnette.	1 925	139	72.2	13	6.7
Castellane...	2 388	38	15.9	22	9.0
Digne.......	4 805	109	22.6	25	5.2
Forcalquier .	3 081	45	14.6	10	3.2
Sisteron	2 365	68	28.7	20	8.4

HAUTES-PYRÉNÉES — POPULATION. — 240,252.

Nombre approximatif des Goitreux.	Hommes.	3 475	10 777
	Femmes.	7 302	

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	8 981	10 777
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	1 796	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 62 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOÎTREUX	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 042	3 854	6 896	456	66.12
1826 à 1835	5 350	3 721	9 071	542	59.75
1836 à 1845	5 995	4 911	10 906	586	53.73
1846 à 1855	7 232	4 139	11 371	459	40.36
1856 à 1865	7 262	4 230	11 492	462	40.20

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1441**.
PROPORTION : 6 p. 1000

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Tarbes......	9 649	259	26.8	42	4.3
Bagnères ...	8 653	300	34.6	73	8.4
Argelès.....	3 901	137	35.0	36	9.2

JURA. — POPULATION. — 298,477.

Nombre approximatif des Goitreux.	Hommes.	3 286	12 792
	Femmes.	9 506	

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	10 660	12 792
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	2 132	

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 60 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	4 395	1 782	6 177	67	10 84
1826 à 1835	7 169	3 470	10 639	197	18.51
1836 à 1845	7 491	3 853	11 344	288	25.38
1846 à 1855	9 314	3 212	12 526	156	12.45
1856 à 1865	9 332	6 130	15 462	476	30.78

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 746.
PROPORTION : 2,5 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Lons-le-Saulnier.......	9 971	263	26.3	22	2.2
Dôle.......	7 360	37	5.0	23	3.1
Poligny.....	7 396	189	25.5	19	2.5
Saint-Claude	5 445	81	14.8	13	2.3

VOSGES. — POPULATION. — 418,998.

Nombre approximatif des GOITREUX. { Hommes. 5 200 / Femmes. 11 962 } 17 162

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 14 302 }
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 2 860 } 17 162

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 57 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	5 111	4 366	9 477	315	33.23
1826 à 1835	8 940	6 985	15 925	574	36.04
1836 à 1845	9 973	7 409	17 382	520	29.91
1846 à 1855	12 942	8 705	21 647	759	35.06
1856 à 1865	12 851	8 117	20 968	723	34.48

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1637**.
PROPORTION : 3,9 p. 1000

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Épinal......	9 908	136	13.8	41	4.1
Mirecourt. .	7 382	192	26.0	39	5.2
Neufchâteau	5 470	108	19.7	15	2.7
Remiremont.	8 516	381	44.7	32	3.7
Saint-Dié ...	13 880	335	24.1	58	4.1

AISNE. — POPULATION. — 565,025.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 5 369 / Femmes. 16 111 } 21 480

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 17 900 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 3 580 } 21 480

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 53 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000
1816 à 1825	6 678	7 105	13 783	206	14.94
1826 à 1835	10 529	7 587	18 116	257	14.18
1836 à 1845	13 290	7 835	21 125	323	15.28
1846 à 1855	14 824	8 201	23 025	388	16.85
1856 à 1865	15 328	8 718	24 046	635	26.40

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1412**.
PROPORTION : 2,5 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000
St-Quentin..	12 460	168	13.4	38	2.9
Vervins.....	10 695	279	26.1	22	2.0
Laon.......	13 414	283	21.1	35	2.6
Soissons....	6 101	132	21.6	15	2.4
Chât.-Thierry.	5 387	35	6.5	13	2.4

ALPES-MARITIMES. — POPULATION. — 198,818.

Nombre approximatif des Goîtreux.	Hommes.	1 813	7 252
	Femmes .	5 439	

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	6 044	7 252
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	1 208	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 52 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 41 ans (1819-1859).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOÎTREUX	PROPORTION p. 1000.
1819 à 1825	806	959	1 765	92	52.13
1826 à 1835	1 912	2 061	3 973	107	27.10
1836 à 1845	2 653	2 340	4 593	114	24.82
1846 à 1855	2 832	2 625	5 457	122	22.35
1856 à 1859	1 006	903	1 909	34	17.80

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **994**.
PROPORTION : 5 p. 1000

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1860-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Nice........	2 832	34	12.00	18	6.35
Puget-Théniers.....	835	21	25.14	9	10.77
Grasse......	1 771	2	1.12	1	0.56

LOIRE.. — POPULATION. — 537,108.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 4 739 / Femmes. 14 217 } 18 956

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 15 796 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 3 160 } 18 956

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 49 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	4 882	3 377	8 259	114	13.80
1826 à 1835	8 877	6 359	15 236	430	28.22
1836 à 1845	10 693	6 767	17 460	435	24.91
1846 à 1855	14 185	7 482	21 667	701	32.35
1856 à 1865	15 633	9 784	25 417	623	24.51

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1611.
PROPORTION : 3 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
St-Étienne ..	23 218	427	18.3	57	2.4
Montbrison .	14 814	333	22.4	59	3.9
Roanne	15 358	389	25.3	57	3.7

RHONE. — POPULATION. — 678,648.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 5 631 / Femmes. 16 895 } 22 526

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 18 772 }
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 3 754 } 22 526

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 46 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTIN-GENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	5 438	4 209	9 647	234	24.25
1826 à 1835	9 122	7 262	16 384	619	37.78
1836 à 1845	10 714	7 717	18 431	928	50.34
1846 à 1855	13 661	5 527	19 188	532	27.72
1856 à 1865	15 804	6 346	22 150	538	24.28

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1496**.
PROPORTION : 2,2 p. 1000

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSE-MENTS.	EXAMINÉS	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Lyon.......	29 816	542	18.1	67	2.2
Villefranche.	15 010	370	24.6	37	2.4

PUY-DE-DOME. — POPULATION. — 571,690.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 4 373 / Femmes. 13 998 } 18 371

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 15 309 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 3 062 } 18 371

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 45 p. 1000

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000
1816 à 1825	8 098	5 231	13 329	303	22.73
1826 à 1835	13 213	7 404	20 617	427	20.71
1836 à 1845	14 267	6 026	20 293	266	13.10
1846 à 1855	17 406	9 085	26 491	587	22.15
1856 à 1865	17 291	7 455	24 746	526	21.25

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 2058.
PROPORTION : 3,6 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000
Clermont...	15 933	389	24.4	59	3.7
Issoire......	8 674	87	10.0	34	3.9
Riom.......	15 244	170	11.1	49	3.2
Ambert.....	10 176	96	9.4	39	3.8
Thiers......	8 345	231	27.6	26	3.1

HAUTE-LOIRE. — POPULATION. — 312,661.

Nombre approximatif des Goîtreux.	Hommes.	2 411	9 644
	Femmes.	7 233	
Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.		8 036	9 644
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.		1 608	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 43 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 45 ans (1821-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOÎTREUX	PROPORTION p. 1000.
1821 à 1825	4 028	1 659	5 687	76	13.36
1826 à 1835	6 814	3 206	10 020	110	10.97
1836 à 1845	7 618	5 529	13 147	192	14.60
1846 à 1855	9 758	6 004	15 762	178	11.29
1856 à 1865	9 833	6 599	16 432	352	21.42

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1219**.
PROPORTION : 3,9 p. 1000

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Le Puy.....	15 464	141	9.1	62	4.0
Brioude....	9 602	160	16.6	51	5.3
Yssingeaux.	11 130	158	14.2	39	3.5

OISE. — POPULATION. — 401,274.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 2 246 / Femmes. 8 761 } 11 007

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 9 173 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 1 834 } 11 007

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 36 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	5 607	3 833	9 440	67	7.09
1826 à 1835	8 474	7 198	15 672	145	9.25
1836 à 1845	9 215	8 272	17 487	196	11.20
1846 à 1855	10 346	8 334	18 680	272	14.56
1856 à 1865	10 458	7 735	18 193	283	15.55

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1324.**
PROPORTION : 3,3 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Beauvais....	11 410	112	9.8	25	2.2
Clermont...	8 020	100	12.4	19	2.3
Compiègne..	9 212	198	21.4	46	4.9
Senlis......	8 150	89	10.09	31	3.8

DROME. — POPULATION. — 324,231.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 2 156 / Femmes. 6 474 } 8 630

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 7 192 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 1 438 } 8 630

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 37 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 900	1 827	5 727	66	11.52
1826 à 1835	6 575	4 185	10 760	246	22.86
1836 à 1845	7 603	5 719	13 322	305	22.89
1846 à 1855	9 337	4 769	14 106	220	15.59
1856 à 1865	9 591	6 315	15 906	294	18.48

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1296.
PROPORTION : 4 p. 1000

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Die.........	6 848	132	19.2	38	5.5
Montélimart.	6 653	64	11.3	25	4.4
Nyons......	3 723	63	16.9	11	2.9
Valence.....	15 663	172	10.9	65	4.1

HAUT-RHIN. — POPULATION. — 530,285.

Nombre approximatif des Goîtreux. { Hommes. 3 160 / Femmes. 9 484 } 12 644

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 10 536 }
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 2 108 } 12 644

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 33 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000
1816 à 1825	5 237	1 744	6 981	183	26.21
1826 à 1835	9 732	4 457	14 189	632	44.54
1836 à 1845	11 469	6 050	17 519	440	25.11
1846 à 1855	15 655	8 609	24 264	509	20.97
1856 à 1865	17 040	9 280	26 320	436	16.56

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1431.
PROPORTION : 2,7 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000
Colmar.....	24 724	386	15.6	74	2.9
Mulhouse...	17 497	150	8.5	44	2.5
Belfort......	15 060	211	14.0	40	2.6

MEURTHE. — POPULATION. — 428,387.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 2 545 / Femmes. 7 635 } 10 180

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 8 484 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 1 696 } 10 180

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 33 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOITREUX	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	5 517	5 422	10 939	385	35.37
1826 à 1835	9 424	7 886	17 310	665	38.41
1836 à 1845	10 372	4 169	14 541	298	20.49
1846 à 1855	12 831	3 971	16 802	214	12.73
1856 à 1865	12 794	6 772	19 566	323	16.50

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1199.
PROPORTION : 2,8 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Nancy......	11 958	143	11.9	29	2.4
Chât.-Salins.	6 263	81	12.9	17	2.7
Toul........	3 150	17	5.3	6	1.9
Sarrebourg .	10 513	103	9.7	22	2.0
Lunéville...	7 816	121	15.4	20	2.5

CANTAL. — POPULATION. — 237,994.

Nombre approximatif des Goîtreux.	Hommes.	937	5 530
	Femmes.	4 593	

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	4 608	5 530
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	922	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 32 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 47 ans (1819-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1819 à 1825	3 718	1 740	5 458	47	8.61
1826 à 1835	5 952	3 974	9 926	106	10.67
1836 à 1845	6 065	4 703	10 768	173	16.06
1846 à 1855	7 553	4 445	11 998	114	9.50
1856 à 1865	7 651	5 597	13 248	145	10.94

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 690.
PROPORTION : 2,9 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1860-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Aurillac....	10 878	95	8.7	24	2.2
Mauriac.....	6 968	46	6.5	25	3.5
Murat.......	3 338	26	7.7	15	4.4
Saint-Flour..	5 921	43	7.2	15	2.5

HAUTE-SAONE. — POPULATION. — 317,706.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 1 900 / Femmes. 5 323 } 7 223

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 6 019 }
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 1 204 } 7 223

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 32 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 45 ans (1821-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1821 à 1825	4 498	1 313	5 811	12	2.06
1826 à 1835	7 449	3 788	11 237	105	9.34
1836 à 1845	8 459	4 382	12 841	160	12.46
1846 à 1855	10 279	3 570	13 849	170	12.27
1856 à 1865	10 146	3 932	14 078	234	16.60

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 635.
PROPORTION : 2 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Gray	7 412	16	2.1	9	1.2
Lure	13 858	237	17.1	32	2.3
Vesoul.....	9 259	102	11.0	18	1.9

MOSELLE. — POPULATION. — 452,157.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 2 484 / Femmes. 7 452 } 9 936

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 8 280 }
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 1 656 } 9 936

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 31 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000
1816 à 1825	5 382	3 052	8 434	145	17.19
1826 à 1835	9 363	4 780	14 143	250	17.67
1836 à 1845	10 646	3 980	14 626	137	9.36
1846 à 1855	12 725	6 104	18 829	190	10.09
1856 à 1865	13 097	11 464	24 561	375	15.26

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1266.
PROPORTION : 2,8 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000
Briey.......	6 359	32	5.0	16	2.5
Metz........	15 787	189	11.9	52	3.2
Sarreguemines	15 461	133	8.6	38	2.4
Thionville...	9 592	95	9.9	27	2.8

HAUTE-MARNE. — POPULATION. — 259,096.

Nombre approximatif des GOITREUX. { Hommes. 1 337 / Femmes. 4 418 } 5 755

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 4 795 } 5 755
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 960 }

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 31 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTIN-GENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOÎTREUX	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 461	3 270	6 731	38	5.64
1826 à 1835	5 312	4 944	10 256	59	5.75
1836 à 1845	5 964	4 731	10 695	107	10.00
1846 à 1855	7 301	4 309	11 610	98	8.44
1856 à 1865	7 043	3 555	10 598	152	14.34

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT. **829.**
PROPORTION : 3,2 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSE-MENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Chaumont...	7 224	50	6.9	32	4.4
Langres.....	8 409	125	14.8	22	2.6
Vassy	6 340	40	6.3	17	2.6

ARDÈCHE. — POPULATION. — 387,174

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 2 574 / Femmes. 5 667 } 8 241

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 6 867 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 1 374 } 8 241

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 30 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	4 403	1 461	5 864	142	24.21
1826 à 1835	7 909	3 437	6 177	279	45.16
1836 à 1845	9 296	3 623	12 919	313	24.22
1846 à 1855	12 003	4 865	16 868	345	20.45
1856 à 1865	12 737	4 795	17 532	324	18.48

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **2634.**
PROPORTION : 6,8 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Largentière.	11 575	66	5.7	57	4.9
Privas......	12 463	66	5.2	66	5.2
Tournon....	16 783	419	24.9	148	8.8

ISÈRE. — POPULATION. — 581,386.

Nombre approximatif des GOITREUX. { Hommes. 4 335 / Femmes. 7 808 } 12 143

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 10 119 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 2 024 } 12 143

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 29 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	7 230	4 651	11 881	394	33.16
1826 à 1835	12 583	8 882	21 465	880	40.99
1836 à 1845	14 636	11 007	25 643	1 104	43.05
1846 à 1855	18 096	8 497	26 593	981	36.88
1856 à 1865	18 323	9 041	27 364	567	20.72

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **3197**.
PROPORTION : 5,5 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Grenoble ...	21 859	649	30.0	174	7.9
La Tour-du-Pin.......	13 264	236	17.8	64	4.8
St-Marcellin.	9 700	205	21.1	30	3.0
Vienne	13 668	88	6.4	48	3.5

LOZÈRE. — POPULATION. — 137,263.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 723 / Femmes. 2 171 } 2 894

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 2 412 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 482 } 2 894

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 29 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTIN-GENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000
1816 à 1825	2 034	1 308	3 342	32	9.56
1826 à 1835	3 277	2 327	5 604	58	10.34
1836 à 1845	3 386	4 043	7 369	65	8.82
1846 à 1855	4 402	4 371	6 773	81	11.95
1856 à 1865	4 336	2 418	6 754	98	14.50

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 865.
PROPORTION : 6,3 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSE-MENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000
Mende......	5 169	43	8.3	35	6.7
Florac......	4 303	59	13.9	25	5.8
Marvejols...	5 824	51	8.7	37	6.0

DORDOGNE. — POPULATION. — 502,673.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 2 316 / Femmes. 6 948 } 9 264

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 7 720 }
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 1 544 } 9 264

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 25 p. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	6 487	4 707	11 194	174	15.54
1826 à 1835	11 531	10 734	22 265	359	16.12
1836 à 1845	11 365	13 629	24 994	462	18.47
1846 à 1855	13 936	9 599	23 535	281	11.93
1856 à 1865	15 111	10 267	25 378	325	12.80

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1759.
PROPORTION : 3,5 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000.
Nontron....	11 003	114	10.3	43	3.9
Périgueux...	11 697	149	12.7	39	3.3
Sarlat......	12 740	154	12.0	46	3.6
Bergerac....	11 590	39	3.3	46	3.9
Ribérac.....	7 125	41	5.7	17	2.3

PYRÉNÉES-ORIENTALES.—POPULATION.—189,190.

Nombre approximatif des Goîtreux.	Hommes.	832	3 332
	Femmes.	2 500	

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	2 776	3 332
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	556	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 24 p. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOÎTREUX	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	2 000	505	2 505	35	13.97
1826 à 1835	3 605	1 104	4 709	89	18.89
1836 à 1845	3 938	1 781	5 719	66	11.54
1846 à 1855	5 159	1 986	7 145	59	8.25
1856 à 1865	5 672	2 185	7 857	96	12.21

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 663.
PROPORTION : 3,5 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Perpignan ..	7 840	40	5.1	23	2.9
Céret.......	3 730	53	13.9	18	4.8
Prades	5 011	43	8.5	19	3.7

MEUSE. — POPULATION. — 301,653.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 1 230 / Femmes. 3 694 } 4 924

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 4 104 }
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 820 } 4 924

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 23 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	4 264	2 201	6 865	30	4,37
1826 à 1835	6 693	3 905	10 598	64	6.03
1836 à 1845	7 492	4 573	12 065	70	5.80
1846 à 1855	8 736	4 126	12 862	96	7.46
1856 à 1865	8 715	3 986	12 701	144	11.33

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **844**.
PROPORTION : 2,8 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Bar-le-Duc..	6 454	94	14.5	22	3.4
Commercy..	6 913	47	6.7	13	1.8
Montmédy..	5 803	34	5.8	10	1.7
Verdun.....	7 457	38	5.1	27	3.6

DOUBS. — POPULATION. — 298,072.

Nombre approximatif des Goitreux.	Hommes.	1 184	4 742
	Femmes.	3 558	
Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.		3 952	4 742
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.		790	

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 22 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 47 ans (1819-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1819 à 1825	3 570	1 460	5 030	18	3.57
1826 à 1835	6 062	2 526	8 588	52	6.05
1836 à 1845	6 707	2 327	9 034	47	5.20
1846 à 1855	8 390	3 191	11 581	111	9.58
1856 à 1859	8 851	3 997	12 848	142	11.05

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 862.
PROPORTION : 2,9 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1860-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Besançon...	8 920	120	13.4	15	1.6
Baume.....	6 472	34	5.2	20	3.0
Montbéliard.	6 320	43	6.8	25	3.9
Pontarlier..	5 104	19	3.7	16	3.1

SAONE-ET-LOIRE. — POPULATION. — 600,006.

Nombre approximatif des Goîtreux.	Hommes.	2 347	9 394
	Femmes.	7 047	

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	7 828	9 394
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	1 566	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 22 p. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTIN-GENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	7 161	4 476	11 637	98	8.42
1826 à 1835	12 061	8 898	20 959	198	9.44
1836 à 1845	13 523	7 694	21 217	213	10.03
1846 à 1855	17 287	8 933	26 220	221	8.42
1856 à 1865	17 801	8 767	26 568	289	10.87

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1620.
PROPORTION : 2,7 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSE-MENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Autun......	11 505	153	13.3	44	3.8
Châlon.....	11 840	66	5.5	23	1.9
Charolles...	14 682	146	9.9	41	2.7
Louhans....	8 662	15	1.7	23	2.6
Mâcon......	10 802	78	7.2	22	2.0

HAUTE-GARONNE. — POPULATION. — 493,777.

Nombre approximatif des Goitreux.	Hommes.	1 814	7 620
	Femmes.	5 806	
Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.		6 330	7 620
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.		1 270	

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 21 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	5 609	3 908	9 517	149	15.65
1826 à 1835	9 929	6 286	16 215	214	13.19
1836 à 1845	10 419	7 447	17 866	213	11.92
1846 à 1855	13 341	6 958	20 309	161	7.92
1856 à 1865	13 336	5 172	18 508	189	10.21

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1975.
PROPORTION : 4 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Muret......	8 138	40	4.9	35	4.3
St-Gaudens..	13 995	204	14.5	79	5.6
Toulouse ...	13 840	21	1.5	31	2.2
Villefranche.	5 208	7	1.3	15	2.8

BASSES-PYRÉNÉES. — POPULATION. — 435,486.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 1 651 / Femmes. 4 959 } 6 610

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 5 508 }
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 1 102 } 6 610

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — **21** P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	5 797	2 357	8 154	98	12.01
1826 à 1835	9 559	4 733	14 292	229	16.02
1836 à 1845	10 689	5 159	15 848	179	11.29
1846 à 1855	13 321	5 522	18 843	195	10.34
1856 à 1865	13 748	7 498	21 246	224	10.54

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1437**.
PROPORTION : 3,3 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Pau........	13 408	178	13.2	43	3.2
Oloron.....	7 399	77	10.4	18	2.4
Mauléon....	6 522	20	3.0	26	3.6
Bayonne....	6 958	10	14.0	25	3.5
Orthez.....	8 884	28	3.1	35	3.9

CORRÈZE. — POPULATION. — 310,343.

Nombre approximatif des Goîtreux.	Hommes.	1 139	4 558
	Femmes.	3 419	

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	3 798	4 558
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	760	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 20 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 870	3 127	6 997	125	17.86
1826 à 1835	7 176	4 836	12 012	264	21.97
1836 à 1845	7 866	6 143	14 009	237	16.91
1846 à 1855	9 770	6 080	15 850	198	12.49
1856 à 1865	10 470	7 032	17 502	216	12.34

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 868.
PROPORTION : 2,8 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000.
Tulle.......	17 824	84	4.7	50	2.8
Brive.......	13 596	212	15.5	47	3.4
Ussel.......	8 164	35	4.2	16	1.9

ARDENNES. — POPULATION. — 326,864.

Nombre approximatif des GOITREUX. { Hommes. 1 007 } 4 028
{ Femmes. 3 021 }

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 3 356 } 4 028
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 672 }

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 17 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PERIODES.	CONTINGENTS.	REFORMES.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 834	1 521	5 355	12	2,24
1826 à 1835	6 137	3 349	9 486	48	5,06
1836 à 1845	7 102	4 794	11 896	60	5,04
1846 à 1855	8 502	5 594	14 096	97	6,88
1856 à 1865	8 846	9 710	18 556	159	8,56

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT. **948**.

PROPORTION : 2,9 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Mézières....	8 409	35	4.1	24	2.8
Rethel.....	6 851	103	15.0	20	2.9
Rocroi.....	4 961	22	4.4	17	3.4
Sedan.....	6 851	36	5.2	12	1.7
Vouziers...	6 514	37	5.6	25	3.8

AVEYRON. — POPULATION. — 400,070.

Nombre approximatif des Goîtreux.	Hommes.	1 224	4 8[illegible]
	Femmes.	3 672	
Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.		4 080	4 896
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.		816	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 17 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	4 957	2 994	7 951	101	12.70
1826 à 1835	8 350	6 073	14 423	202	14.00
1836 à 1845	8 807	6 796	15 603	308	19.73
1846 à 1855	11 594	6 373	17 967	217	12.07
1856 à 1865	12 384	6 193	18 577	158	8.50

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 1720.
PROPORTION : 4,3 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Rodez......	11 441	79	6.9	59	5.1
Espalion....	7 237	95	13.1	30	4.1
Millau......	7 093	26	3.6	27	3.8
Ste-Affrique.	6 364	24	3.7	27	4.2
Villefranche.	9 209	74	8.0	36	3.9

LOT. — POPULATION. — 288,919.

Nombre approximatif des GOITREUX. { Hommes. 865 / Femmes. 2 595 } 3 460

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 2 884 }
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 576 } 3 460

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 17 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	4 017	2 002	6 019	63	10.46
1826 à 1835	6 614	3 704	10 318	126	12.21
1836 à 1845	6 533	4 671	11 204	168	14.99
1846 à 1855	7 901	4 098	11 999	127	10.58
1856 à 1865	8 661	4 427	13 088	109	8.32

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1155.**
PROPORTION : 4 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Cahors......	10 477	21	2.0	50	4.7
Figeac......	9 525	113	11.8	46	4.8
Gourdon....	8 129	51	6.2	19	2.3

AIN. — POPULATION. — 371,643.

Nombre approximatif des Goîtreux.	Hommes.	1 063	4 258
	Femmes.	3 195	
Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.		3 548	4 258
Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.		710	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 16 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	4 807	1 732	6 539	20	3.04
1826 à 1835	7 923	3 501	11 424	96	8.40
1836 à 1845	8 719	4 540	13 259	203	15.31
1846 à 1855	10 986	4 560	15 546	174	11.19
1856 à 1865	11 201	4 360	15 561	124	7.96

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1114.**
PROPORTION : 3 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000.
Bourg......	11 370	6	0.5	32	2.8
Belley......	6 913	72	10.4	29	4.1
Gex	2 107	74	35.1	9	4.2
Nantua.....	5 205	35	6.7	12	2.3
Trévoux.....	7 473	30	4.0	20	2.6

VAUCLUSE. — POPULATION. — 266,091.

Nombre approximatif des Goitreux.	Hommes.	756	3 024
	Femmes.	2 268	

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	2 520	3 024
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	504	

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 16 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 186	1 303	4 489	23	5.12
1826 à 1835	5 316	3 147	8 463	45	5.31
1836 à 1845	5 730	3 617	9 347	55	5.88
1846 à 1855	6 920	2 849	9 769	63	6.44
1856 à 1865	7 381	2 881	10 262	81	7.89

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **771**.
PROPORTION : 2,9 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Apt	4 106	12	2.9	13	3.1
Avignon	5 889	35	5.9	11	1.8
Carpentras	4 426	28	6.3	17	3.8
Orange	6 580	54	8.3	22	3.3

AUDE. — POPULATION. — 288,626.

Nombre approximatif des Goitreux.	Hommes.	800	3 206
	Femmes.	2 406	

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	2 672	3 206
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	534	

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 15 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 655	1 907	5 562	24	4.31
1826 à 1835	6 318	4 028	10 346	64	6.18
1836 à 1845	6 361	4 715	11 076	58	5.23
1846 à 1855	8 086	4 967	13 053	56	4.29
1856 à 1865	8 261	4 820	13 081	101	7.72

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1241**.
PROPORTION : 4,3 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Carcassonne.	9 454	35	3.7	38	4.0
Castelnaudary	5 118	12	2.3	24	4.6
Limoux.....	7 963	76	9.5	43	5.4
Narbonne...	5 392	19	3.5	17	3.1

ALLIER. — POPULATION. — 376,164.

Nombre approximatif des Goîtreux. { Hommes. 797 / Femmes. 2 395 } 3 192

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 2 660 / Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 532 } 3 192

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — **12** P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 978	3 581	7 559	49	6.48
1826 à 1835	7 238	4 406	11 644	55	4,72
1836 à 1845	7 966	7 377	15 343	96	6,25
1846 à 1855	10 439	8 335	18 774	91	4,84
1856 à 1865	11 119	6 365	17 484	103	5,89

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT. **1279.**
PROPORTION : 3,4 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Gannat.....	7 153	28	3.9	30	4.1
Lapalisse...	9 051	53	5.8	39	4.3
Montluçon..	10 232	22	2.1	30	2.9
Moulins.....	10 738	41	3.8	31	2.8

COTE-D'OR. — POPULATION. — 382,762.

Nombre approximatif des Goitreux.	Hommes.	795	3 182
	Femmes.	2 387	
Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.		2 652	3 182
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.		530	

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 12 p. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	5 266	4 606	9 872	17	1.72
1826 à 1835	8 242	6 102	14 344	54	3.76
1836 à 1845	9 056	6 460	15 516	48	3.09
1846 à 1855	11 048	5 843	16 891	69	4.08
1856 à 1865	10 547	6 430	16 977	98	5.77

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1301**.

PROPORTION : 3,4 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000.
Beaune.....	11 666	52	4.4	42	3.6
Châtillon...	4 486	17	3.7	13	2.8
Dijon.......	12 828	48	3.7	43	3.3
Semur......	6 298	37	5.8	23	3.6

CREUSE. — POPULATION. — 274,057.

Nombre approximatif des Goitreux.	Hommes.	556	2 228
	Femmes.	1 672	

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	1 856	2 228
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	372	

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — **11 p. 1000.**

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 520	1 545	5 065	15	2,96
1826 à 1835	6 244	3 273	9 517	40	4,20
1836 à 1845	6 795	4 980	11 775	46	3,90
1846 à 1855	8 309	4 807	13 116	60	4,57
1856 à 1865	8 822	5 884	14 706	83	5,64

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1096**.

PROPORTION : 4 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Aubusson...	11 533	86	7.4	46	3.9
Bourganeuf.	5 313	6	1.1	16	3.0
Boussac	4 601	11	2.3	18	3.9
Guéret......	10 175	25	2.4	47	4.6

BAS-RHIN. — POPULATION. — 588,970.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 1 148 / Femmes. 3 450 } 4 598

Goîtreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 3 832 / Goîtreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 766 } 4 598

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 11 p. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goître pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	6 982	6 430	13 412	800	59.64
1826 à 1835	13 121	8 746	21 867	843	38.55
1836 à 1845	14 401	7 689	22 090	559	25.30
1846 à 1855	16 807	6 903	23 710	227	9.57
1856 à 1865	19 106	6 692	25 798	140	5.42

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1590**.
PROPORTION : 2,7 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goître, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Saverne.....	10 622	38	3.5	28	2.5
Schlestadt..	14 845	118	8.0	51	3.5
Strasbourg..	21 842	76	3.4	41	1.8
Wissembourg	8 771	42	4.7	26	2.9

NIÈVRE. — POPULATION. — 342,773.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 634 / Femmes. 1 966 } 2 620

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 2 184 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 436 } 2 620

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 11 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 634	2 032	5 666	13	2.29
1826 à 1835	6 579	5 124	11 703	30	2.56
1836 à 1845	7 984	7 633	15 617	32	2.04
1846 à 1855	10 043	7 225	17 268	63	3.64
1856 à 1865	10 844	5 898	16 742	89	5.31

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT. **754**.
PROPORTION : 2,2 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Chât.-Chinon	8 153	30	3.6	19	2.3
Clamecy....	8 171	27	3.3	14	1.7
Cosne.......	7 902	8	1.0	16	2.0
Nevers......	12 345	69	5.5	34	2.7

AUBE. — POPULATION. — 261,951.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 481 ; Femmes. 1 440 } 1 924

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 1 604 ; Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 320 } 1 924

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 10 P. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	3 461	3 469	6 930	21	3.03
1826 à 1835	5 028	5 155	10 183	23	2.25
1836 à 1845	6 001	4 549	10 550	45	4.26
1846 à 1855	6 866	4 995	11 861	47	3.96
1856 à 1865	6 434	2 960	9 394	48	5.10

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, 812.
PROPORTION : 3,1 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS	PROPORTION p. 1000.
Arcis.......	2 615	6	2.2	8	3.0
Bar-sur-Aube	3 548	14	3.9	10	2.8
Bar-sur-Seine	4 058	23	5.6	8	1.9
Nogent......	2 893	9	3.1	9	3.1
Troyes......	7 326	20	2.7	28	3.8

MARNE. — POPULATION. — 390,809.

Nombre approximatif des Goitreux. { Hommes. 687 / Femmes. 2 063 } 2 750

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans. 2 292 / Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans. 458 } 2 750

PROPORTION DES GOÎTREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — **10 p. 1000.**

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PERIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMES.	TOTAUX.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	4 575	3 916	8 491	67	7.89
1826 à 1835	6 656	6 542	13 198	29	2.19
1836 à 1845	8 055	6 544	14 599	53	3.63
1846 à 1855	9 563	5 185	14 748	55	3.72
1856 à 1865	9 577	3 919	13 496	66	4.89

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **781**.
PROPORTION : 2 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOÎTREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Châlons.....	3 548	12	3.3	9	2.5
Epernay.....	7 349	10	1.3	16	2.1
Reims......	10 628	64	6.0	20	2.2
Ste-Menehould.	2 862	22	7.6	6	2.1
Vitry.......	3 598	13	3.6	6	1.6

EURE. — POPULATION. — 394,467.

Nombre approximatif des Goitreux.	Hommes.	656	2 630
	Femmes.	1 974	

Goitreux dans la pop. au-dessus de 20 ans.	2 192	2 630
Goitreux dans la pop. au-dessous de 20 ans.	438	

PROPORTION DES GOITREUX DANS LA POPULATION AU-DESSUS DE 20 ANS. — 9,2 p. 1000.

Tableau des variations qui ont eu lieu dans le nombre des exemptions pour Goitre pendant 50 ans (1816-1865).

PÉRIODES.	CONTINGENTS.	RÉFORMÉS.	TOTAUX.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.
1816 à 1825	6 181	3 976	10 157	9	0.88
1826 à 1835	8 475	9 015	17 490	50	2.85
1836 à 1845	9 426	9 537	18 963	66	3.48
1846 à 1855	10 454	7 943	18 397	92	5.00
1856 à 1865	9 706	7 559	17 265	80	4.63

NOMBRE APPROXIMATIF DES CRÉTINS ET IDIOTS DANS LE DÉPARTEMENT, **1775**.
PROPORTION : 4,5 p. 1000.

RÉPARTITION DES GOITREUX, CRÉTINS ET IDIOTS

PAR ARRONDISSEMENTS

Tableau des exemptions pour Goitre, Crétinisme et Idiotie (1850-1865).

ARRONDISSEMENTS.	EXAMINÉS.	GOITREUX.	PROPORTION p. 1000.	CRÉTINS ET IDIOTS.	PROPORTION p. 1000.
Andelys (les)	5 933	41	6.9	17	2.8
Bernay.....	6 271	19	3.0	24	3.8
Evreux.....	9 107	33	3.6	36	3.9
Louviers....	6 177	39	6.3	21	3.3
Pont-Audemer.	7 415	6	0.8	22	2.9

BIBLIOGRAPHIE

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

(1791 à 1888)

1791

Perfect. — Cas choisis dans différentes espèces de folie. — Rochester.

1798

Haslam (John). — Observations sur la folie et la mélancolie. — Londres.

1801

Perfect. — Annales de la folie. — Londres.

1814

Esquirol. — Démence. (*Dict. des sc. méd.*, t. VIII.

1820

Georget. — De la folie.

1822

Bayle. — Recherches sur l'arachnitis chronique. (*Th. de Paris.*

1824

Delaye. — Considérations sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés. (*Th. de Paris.*

1825

Bayle. — Nouvelle doctrine des maladies mentales.

1826

Bayle. — Traité des maladies du cerveau et de ses membranes.

Calmeil. — De la paralysie considérée chez les aliénés.

1827

TROUSSEAU. — Sur l'historique d'une maladie cérébrale caractérisée le plus souvent par une P. G. et incomplète compliquée de délire apyrétique. (*Arch. gén. de méd.*)

1829

FOVILLE (Ach.) père. — Aliénation mentale. (*Dict. de méd. et de chir. prat.*)

JUSTIN (Hippol.). — Essai sur la P. G. (*Th. de Paris.*)

1830

DAVEAU. — Dissertation sur la P. G. (*Th. de Paris.*)

1834

DESCHAMPS. — Cas de P. G. (*Journ. des conn. méd. prat.*)

1836

PARCHAPPE. — Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies.

1837

WACHTER. — Considérations sur la P. G. (*Th. de Strasbourg.*)

1838

LISLE. — De la fréquence du pouls dans la P. G. des aliénés.

RODRIGUES (H.). — De la P. G. chez les aliénes. (*Rev. méd. Paris.*)

1840

MAZET. — Cerveau d'un homme ayant succombé dans le cours d'une P. G. sans aliénation mentale. (*Bull. de la Soc. anat.*)

1841

CALMEIL. — P. G. (*Dict. de méd.* en 30 vol.)

PARCHAPPE. — Traité théorique et pratique de la folie.

1843

DE CROZANT. — Observation d'une P. G. avec anémie et hypocondrie (*Ann. méd.-ps.*)

LÉGAL-LASSALLE. — Quelques points de l'histoire de la P. G. (*Th. de Paris.*)

LÉLUT. — Démence et P. G. sans altération du cerveau. (*Ann méd.-ps.*)

VOISIN (Félix). — Sur l'emploi du cautère actuel à la nuque dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

1844

BELHOMME. — Nouvelles recherches d'anatomie pathologique de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

CRUVEILHIER. — P. G., pleurésie aiguë, difficulté du diagnostic, autopsie. (*Expérience.*)

JOLLY. — Rapport sur les recherches de Belhomme. (*Bull. de l'Acad. de méd.*)

LÉLUT. — Altération dans le cervelet avec démence et P. G., mais sans lésion des fonctions sexuelles. (*Ann. méd.-ps.*)

MACQUET. — P. G. et perte subite de connaissance. (*Ann. méd.-ps.*)

ROUSSEL. — Observation de démence avec P. G. et développement d'une diathèse gangréneuse. (*Ann. méd.-ps.*)

PINEL (Scipion). — Traité de pathologie cérébrale ou des maladies du cerveau.

1846

BAILLARGER. — Nouvelles considérations sur la P. G. incomplète. (*Gaz. des hôpit.*)

DE CROZANT. — Note sur la sensibilité de la peau au début de la P. G. (*Revue méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Discussion sur la P. G. des aliénés.

THOUMAS-LACHASSAGNE. — Quelques considérations sur la P. G. des aliénés. (*Th. de Paris.*)

1847

BAILLARGER. — Note sur la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

BELHOMME. — Note sur la P. G. (*Un. méd.*)

BRIERRE DE BOISMONT. — Quelques remarques sur la P. G. des aliénés. (*Gaz. méd. de Paris.*)

HUBERT (Rodrigues). — Traité de la P. G. chronique considérée spécialement chez les aliénés.

LEURET. — Du diagnostic de la P. G. des aliénés. (*Un. méd.*)

LISLE. — Du danger des émissions sanguines trop répétées dans la P. G. des aliénés. (*Un. méd.*)

LUNIER. — Hérédité. Abus de mercure. P. G. progressive, etc. (*Ann. méd.-ps.*)

ROCHOUX. — Rapport sur une note de Belhomme concernant deux cerveaux d'aliénés morts affectés de P. G. (*Bull. de l'Acad. de méd.*)

RODRIGUES (K.). — Traité de la P. G. chronique considérée spécialement chez les aliénés. (*Ann. de la Soc. de méd.*, Anvers.)

1848

BAILLARGER. — De la paralysie pellagreuse. (*Ann. méd.-ps.*)

BRIERRE DE BOISMONT. — Quelques mots sur les lésions anatomiques de la P. G. des aliénés et sur l'existence de cette paralysie sans aliénation. (*Un. méd.*)

CAZENAVE. — Coup d'œil sur la P. G. des aliénés. (*Th. de Paris.*)

LEPELLETIER. — Observations de P. G., précédées de quelques considérations sur cette maladie. (*Gaz. des hôpit.*)

MICHÉA. — De l'état du sang dans la P. G. des aliénés. (*Ann. méd.-ps.*)

SANDRAS. — De la P. G. progressive. (*Bull. gén. de thérap.*)

1849

BAILLARGER. — De la P. G. chez les pellagreux. (*Ann. méd.-ps.*)

— De l'influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la production de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

LUNIER. — Recherches sur la P. G. progressive pour servir à l'histoire de cette maladie. (*Ann. méd.-ps.*)

PINEL neveu. — Sur la P. G. des aliénés. (*Un. méd.*)

PINEL (C.). — Remarques concernant la P. G. présentées à l'occasion des notes de MM. Baillarger et Brierre de Boismont. (*Rev. méd.*, Paris.)

1850

BAILLARGER. — P. G., nouveau symptôme (inégalité des pupilles). (*Gaz. des hôp.*)

BILLOD. — Recherches sur la P. G. des aliénés. (*Ann. méd.-ps.*)

BRIERRE DE BOISMONT. — Du diagnostic différentiel des diverses espèces de P. G. à l'aide de la galvanisation localisée. (*Ann. méd.-ps.*)

J. MOREAU (de Tours). — De la P. G. des aliénés. (*Gaz. méd.*, Paris.)

ROKITANSKY. — Traité d'anatomie pathologique.

STOLZ. — De la P. G. progressive. (*Allgem. zeitschr. f. psych.*)

1851

BRIERRE DE BOISMONT. — Recherches sur l'identité des P. G. progressives. (*Ann. méd.-ps.*)

DELASIAUVE. — Classification et diagnostic différentiel de la P. G.

DUCHEK. — Sur la démence paralytique. (*Prager Vierteljahrs.*)

SANDRAS. — Traité théorique et pratique des affections nerveuses.

1852

BEAU. — Mémoire sur une affection cérébrale qu'on peut appeler P. G. aiguë. (*Arch. gén. de méd.*)

BIGNON. — Observation sur une P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

GUISLAIN. — Leçons orales sur les phrénopathies.

CHANIER. — Observation d'un cas remarquable de coloration ardoisée de la base du cerveau, trouvée sur une femme morte de P. G. (*Bull. de la Soc. anat.*)

PINGAULT. — Observation de démence avec P. G. Autopsie. (*Bull. de la Soc. méd.*, Poitiers.)

1853

BAILLARGER. — Des rapports de la P. G. et de la folie. Leçons faites à l'hospice de la Salpêtrière. (*Gaz. des hôp.*)

BEAU. — P. G. aiguë survenue chez un malade atteint de phtisie pulmonaire. (*Mon. des hôp.*)

— Quelques mots sur un cas de P. G. aiguë chez un phtisique. (*Mon. des hôp.*)

BUCKNILL. — Durée de la P. G. (*Journ. of. psychol. méd.*)

J. FALRET. — Recherches sur la folie paralytique et les diverses P. G. (*Th. de Paris.*)

LASÈGUE. — De la P. G. progressive. (*Th. d'agrég.*, Paris.)

LUNIER. — De l'emploi de la médication bromo-iodurée dans le traitement de l'aliénation mentale et de la P. G. progressive. (*Ann. méd.-ps.*)

MOREAU (de Tours). — Particularités symptomatiques de l'œil dans la P. G. (*Un. méd.*)

ROUSSELIN. — Démence avec P. G. Mort. Autopsie. (*Ann. méd.-ps.*)

STOLZ. — De la P. G. progressive. (*Ann. méd.-ps.*)

1854

BAILLARGER. — De la distinction des diverses espèces de P. G. (*Gaz. méd.*, Paris).

SAUZE. — Considérations sur les P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

1855

BAILLARGER. — Des rémittences prolongées de la P. G. étudiées au point de vue médico-légal. (*Un. méd.*)

BAYLE. — De la cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

SANDRAS. — De quelques-unes des formes encore peu connues de la P. G. (*Gaz. des hôp.*)

TRÉLAT. — De la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

1856

BUCKNILL. — Durée de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

MARCHAND. — Considérations sur la P. G. progressive. (*Journ. de méd.*, Toulouse.)

1857

BAILLARGER. — De la P. G. à l'hospice de la Senavra. (*Ann. méd.-ps.*)

— P. G.; délire hypocondriaque des déments paralytiques. Mort rapide par diathèse gangréneuse. (*Un. méd.*)

DEVOUGES. — De la P. G. d'origine saturnine. (*Ann. méd.-ps.*)

DUBRISAY. — P. G. survenant pendant la grossesse; influence de

l'allaitement; délire hypocondriaque des déments paralytiques. (*Ann. méd.-ps.*)

Linas. — Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la P. G. (*Th. de Paris.*)

1858

Baillarger. — De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez les déments paralytiques. (*Ann. méd.-ps.*)

— De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux. (*Ann. méd.-ps.*)

Falret (J.). — Du diagnostic différentiel des P. G. (*Arch. gén. de méd.*)

Rauney (M.-H.). — P. G. (*Amer. méd. Monthly*, New-York.)

Sauze. — Des rémissions dans le cours de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

Société médico-psychologique. — Discussion sur la P. G. (*Ann. méd. ps.*)

1859

Austin. — Considérations pratiques sur la P. G. — Londres.

Bouillaud. — Considérations de physiologie pathologique éclairant l'étude de la P. G. des aliénés. (*Un. méd.*)

Baillarger. — De la découverte de la P. G. et des doctrines émises par les premiers auteurs. (*Ann. méd.-ps.*)

Brierre de Boismont. — Recherches sur quelques altérations de la motilité et de la sensibilité dans la P. G. (*Un. méd.*)

Calmeil. — Traité des maladies inflammatoires du cerveau.

Peyron. — Étude sur la démence mélancolique. (*Th. de Montpellier.*)

Tuke. — Sur la P. G. (*Journ. of. ment. sc.*)

1860

Baillarger. — Note sur le délire hypocondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

Billod. — Du délire mélancolique considéré comme signe précurseur de la P. G. (*Un. méd.*)

Bonnet. — Considérations sur la P. G.

Brierre de Boismont. — Études médico-légales sur la perversion des facultés morales et effectives dans la période prodromique de la P. G. (*Ann. d'hyg. et de méd. légale.*)

Geoffroy (E.) — Démence paralytique simple. (*Gaz. des hôp.*)

Joffe. — Sur la folie paralytique. (*Zeitschr. der gesells. d. Aerzte*, Vienne.)

LEGRAND DU SAULLE. — Des délires spéciaux dans la P. G.
VIGNAL. — De la P. G. progressive avec intégrité du sens intime jusqu'à la mort. (*Montpellier méd.*).

1861

AUZOUY. — Symptômes graves de la P. G. Guérison. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
BAILLARGER. — Observation de P. G. avec délire hypocondriaque. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
— Démence paralytique; prédominance de la paralysie d'un côté du corps, etc. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
— Démence paralytique; idées de grandeurs pendant les rêves; signe précurseur de la P. G. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
— Trois observations de P. G. avec symptômes de maladie de la moelle. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
— Rapport de la paralysie et de l'hémorragie cérébrale. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
— Délire hypocondriaque précurseur de la P. G. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
BONNET. — P. G. Boulimie ; asphyxie par les aliments. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
— P. G. Marche très lente de la maladie. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
BRUNET. — P. G. Délire hypocondriaque. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
COMBES. — P. G. Délire ambitieux; excès vénériens et excès de boisson au début de la maladie. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
DELASIAUVE. — De la P. G. et de ses variétés. (*Journ. de méd. ment.*)
FOVILLE. — P. G.; délire hypochondriaque; deux frères simultanément atteints de la même forme de maladie. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
GIRARD DE CAILLEUX. — P. G. chez un malade atteint depuis longtemps d'une manie raisonnante intermittente. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
JOIRE. — Indication d'une lésion organique des centres nerveux particulière à la P. G. (*Gaz. des hôp.*)
LAFFITTE. — Influence des suppurations abondantes sur la guérison de la P. G. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
MOREAU. — Du délire hypochondriaque et de la P. G. (*Union méd.*)
PEON. — Épilepsie et P. G. (*Arch. clin. des mal. ment.*)
— P. G. dans ses rapports avec l'épilepsie. (*Arch. clin. des, mal. ment.*)
PETIT. — P. G.; épanchement purulent dans la cavité arachnoïdienne. (*Arch. clin. des mal. ment.*)

Petit. — Observation de démence paralytique. (*Arch. clin. des mal. ment.*)

Pinel (C.). — Remarques concernant la P. G. (*Journ. de méd. ment.*,

Pruez Latour. — De la P. G. des aliénés et plus spécialement de quelques symptômes de début. (*Th. de Paris.*)

Renault de Motey. — P. G. simulée par une démence incomplète avec délire ambitieux et paralysie multiple. (*Arch. clin. des mal. ment.*)

Rousseau. — Observation de P. G. (*Arch. clin. des mal. ment.*)

1862

Austin. — De l'état des pupilles dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

Baillarger. — De la P. G. dans ses rapports avec l'ataxie locomotrice et avec certaines paraplégies (*Ann. méd.-ps.*)

— Grossesse chez une femme atteinte depuis huit mois de P. G.; insensibilité complète pendant l'accouchement. (*Arch. clin. des mal. ment.*)

Baume. — De l'inégalité du poids des hémisphères cérébraux dans l'hémorragie cérébrale ou méningée et dans l'hémiplégie incomplète chez les déments paralytiques. (*Ann. méd.-ps.*)

Berthier. — Type de délire hypocondriaque comme symptôme précurseur de la P. G. (*Arch. clin. des mal. ment.*)

Bourdin. — Délire hypocondriaque comme signe précurseur de la P. G. (*Arch. clin. des mal. ment.*)

Brunet. — Démence paralytique; hémiplégie droite, pérencéphalite gauche. (*Arch. clin. des mal. ment.*)

Contesse. — Étude sur l'alcoolisme et sur l'étiologie de la P. G. (*Th. de Paris.*)

Dagonet. — Traité élémentaire et pratique des maladies mentales. — De la P. G. (*Gaz. méd.*, Strasbourg.)

Jounia. — Étude de la P. G. incomplète. (*Th. de Paris.*)

Joire. — Note sur une lésion organique des centres nerveux, particulière à la P. G. (*Bull. méd. du Nord*, Lille.)

Laffitte. — P. G.; apoplexie séreuse; mort presque instantanée. (*Arch. clin. des mal. ment.*)

Marcé. — Traité pratique des maladies mentales.

Teilleux. — Observation de P. G. (*Arch. clin. des mal. ment.*)

Potain. — P. généralisée incomplète; polyurie, apoplexie foudroyante; à l'autopsie, ramollissement ancien, hémorragie de la protubérance annulaire. (*Bull. de la Soc. anat.*)

1863

Ballet (H.). — P. G.; synonymie P. G. des aliénés; folie paralytique. (*Th. de Paris.*)

BILLOD. — De l'amaurose et de l'inégalité des pupilles dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

MICHÉA. — Du délire hypocondriaque chez les déments paralytiques. (*Gaz. hebd. de méd.*)

SALOMON. — Éléments pathologiques de la maladie mentale parésifique. (*Ann. méd.-ps.*)

TIGGES. — Recherches sur la démence paralytique progressive. (*Allg. zeitschr. f. psch.*)

1864

BAILLARGER. — Des symptômes de la P. G. Appendice du traité des maladies mentales de Griesinger.

CAILLOT. — Observation de méningo-péri-encéphalite chronique et primitive. Considération sur cette affection. (*Th. de Strasbourg.*)

ERTZBISCHOFF. — De la P. G. (*Th. de Strasbourg.*)

FAURE. — Des rémittences de la P. G. (*Th. de Paris.*)

GEOFFROY. — Sur les escarres gangreneuses de la région sacrée et sur leurs complications, surtout chez les paralysés généraux. (*Ann. méd.-ps.*)

HAYEM. — De la P. G. précédée d'une affection de la moelle. (*Rec. des trav. de la Soc. méd. d'obs.*, Paris.)

JUDÉE. — Du tremblement dans la P. G. (*Mém. et comptes rendus de la Soc. des sc. méd.*, Lyon.)

LAGARDELLE. — Considérations sur l'étiologie de la P. G. (*Th. de Paris.*)

PIGNOCEO. — Du diagnostic et du pronostic de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

REGNARD. — Deux cerveaux provenant de femmes qui ont succombé à la P. G. des aliénés. Ulcération. (*Bull. de la Soc. anat.*)

REGNARD. — Sur une nouvelle lésion du cerveau dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

— Deux cas de maladie ou coloration bronzée dans le cours de la P. G. (*Gaz. hebd. de méd.*)

SANKEY. — La pathologie de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

SIBILLE. — Considérations sur la P. G. des aliénés. (*Th. de Montpellier.*)

1866

BAILLARGER. — De la folie avec prédominance du délire des grandeurs dans ses rapports avec la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

DOLBEAU. — Cas remarquable de P. G. ayant déterminé des troubles dans les organes de la vision, de l'olfaction et du goût, etc. (*Courr. méd.*)

HAYEM. — De la P. G. précédée d'une affection de la moelle. (*Gaz. des hôp.*)

LAFFITTE. — P. G., apoplexie séreuse; mort instantanée. (*France méd.*)

LEGRAND DU SAULLE. — Étude médico-légale sur la P. G.

Magnan. — Maladie de la moelle suivie de P. G. (*Gaz. des hôp.*)
Menoz. — Quelques mots sur la démence paralytique observée à l'île de Cuba. (*Ann. méd.-ps.*)
Meschede (Franz). — Des lésions anatomiques de la folie paralytique. (*Ann. méd.-ps.*)
Petit. — P. G. progressive; état chagriné de la surface du quatrième ventricule. (*Bull. de la Soc. anat.*)

1867

Foville. — Communication à la Société médico-psychologique sur la méningo-encéphalite diffuse du cheval. (*Ann. méd.-ps.*)
Magnan. — De la lésion anatomique de la P. G. (*Th. de Paris.*)
Mangenot. — Anatomie pathologique de la P. G. (*Th. de Strasbourg.*)
Meyer (Ludwig). — Des changements du cerveau dans la P. G. progressive (*Centr. bl. f. méd. naturwis.*)
Westphal. — Maladies de la moelle épinière dans la P. G. progressive des aliénés. (*Virchow's Archiv.*)

1868

Balland. — Des rémissions dans la P. G. (*Th. de Strasbourg.*)
Berthier. — De la fibrine du sang chez les fous paralytiques (*Journ. de méd. ment.*)
Chégut. — De la lypémanie et de ses rapports avec la P. G. (*Th. de Paris.*)
Foville. — Réponse au travail de Poincarré et Bonnet, intitulé: Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
Lagardelle. — P. G. progressive, autopsie. (*Gaz. des hôp.*)
Magnan. — De l'étude anatomo-pathologique de la P. G. (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*)
— Conférences cliniques sur la P. G. (*Gaz. des hôp.*)
— Des troubles de l'appareil de la vision chez les malades atteints de P. G. (*Comptes rendus de la Soc. de biol.*)
Malherbe. — Observation de P. G. (*Gaz. des hôp.*)
Peltier. — De la lésion anatomique de la P. G. (*Journ. des conn. médic.*)
Poincaré et Bonnet. — Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
Simon. — De l'état de la moelle épinière dans la P. G. (*Arch. für psychiatrie.*)
Voisin (Aug.). — Deux cas de P. G. avec autopsie. (*Bull. de la Soc. de méd.*)
— Conférence clinique sur la P. G. (*Un. méd.*)

Westphal. — Contributions à la connaissance de la P. G. progressive des aliénés. (*Arch. für psychiatrie.*)

— Des accidents épileptiformes et apoplectiformes de la P. G. (*Arch. für psychiatrie.*)

1869

Dupouy. — Les accidents convulsifs de la P. G. (*Th. de Paris.*)

Foville (Ach.). — Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs. (*Mém. de l'Acad. de méd.*)

— Observation de démence paralytique consécutive à une paralysie diphtéritique. (*Ann. méd.-ps.*)

Friese. — Des symptômes et de la marche de la P. G. (*Th. de Paris.*)

Lagardelle. — Des accidents convulsifs dans la P. G.

Magnan. — De la dégénérescence colloïde du cerveau dans la P. G. (*Arch. de physiol.*)

Materne. — De la P. G. à forme dépressive. (*Th. de Paris.*)

Villard. — De quelques complications de la P. G. (*Mouvement méd.*)

1870

Canton. — De la P. G. des aliénés. (*Th. de Paris.*)

Colin (Léon). — De la P. G. des aliénés consécutive à des lésions locales du cerveau, spécialement à l'hémorragie cérébrale. (*Gaz. hebd. de méd.*)

Doutrebente. — Recherches sur la P. G. Historique, pathogénie, terminaison. (*Th. de Paris.*)

Foville (Ach.). — Historique du délire des grandeurs. (*Ann. méd.-ps.*)

Lagardelle. — Histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs au point de vue thérapeutique.

Lefebvre. — De la P. G. (Bruxelles.)

Leteurtre (A.). — Recherches sur la P. G. progressive. (*Courr. méd.*)

Lockhart (Clarke). — Un cas de P. G. avec examen du cerveau et de la moelle. (*Journ. of Mental science.*)

Magnan. — Des relations entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle et des nerfs dans la P. G. Leçon recueillie par Lescure. (*Gaz. des hôp.*)

Nasse. — Du diagnostic de la P. G. et de la pseudo-paralysie. (*Irrenfreund.*)

Revillout (V.). — P. G. spinale. (*Gaz. des hôp.*)

1871

Drouet. Étude clinique sur le diagnostic de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

Lescure. — Des formes de la P. G. et de la forme dépressive. (*Th. de Paris.*)

Mackensie Bacon. — P. G. des aliénés; sa place nosologique. (*Journ. of Mental science.*)

SCHÜLE. — Syphilis cérébrale et démence paralytique. (*Allgem. Zeitschr. f. psychiatrie.*)

SANDER. — De la P. G. chez la femme. (*Irrenfreund.*)

1872

CHARPY. — De la définition anatomique et physiologique de la P. G. (*Lyon méd.*)

DUMESNIL. — Analyse d'un cas de P. G. avec examen du cerveau et de la moelle exposé par Lockhart Clarke en 1870. (*Ann. méd.-psych.*)

FORTINEAU. — Du délire des grandeurs dans la démence paralytique. (*Th. de Paris.*)

HANOT. — Sur l'évolution thermique et la rotation conjuguée de la tête et des yeux dans les attaques apoplectiques de la P. G. (*Compte rendu de la Soc. de biologie.*)

MICKLE. — La température dans la P. G. des aliénés. (*J. Mental science.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Discussion sur les rapports de l'ataxie locomotrice et de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

TAGUET. — Étude clinique du délire des grandeurs en dehors de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

THIERRY. — Influence de la suppuration sur la marche de la P. G. (*Th. de Paris.*)

1873

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BRUXELLES. — Discussion sur la P. G. (*Bull. de l'Acad.*, Bruxelles.)

BATTY (Tuke). — Anatomie pathologique du cerveau et de la moelle épinière. (*British méd. clin. rev.*)

BERTHIER. — Difficulté diagnostique de certaines folies paralytiques causée par leur similitude apparente avec certaines vésanies. (*Gaz. des hôp.*)

BINET (E.). — Recherches sur la P. G. des aliénés. (*Th. de Montpellier.*)

CALMETTE. — Difficulté de diagnostic de certaines folies paralytiques causée par leur similitude apparente avec certaines vésanies. (*Gaz. des hôp.*)

CULLERRE. — Recherches cliniques sur la période de début de la P. G. (*Th. de Paris.*)

FOVILLE. — De la P. G. par propagation. Étude des relations entre la P. G. d'une part, l'ataxie locomotrice, l'amaurose, les paralysies partielles et généralisées de l'autre (*Ann. méd.-ps.*)

GAMBUS. — De l'alcoolisme chronique terminé par la P. G. (*Th. de Paris.*)

JEHN. — Découvertes ophtalmoscopique chez les aliénés. (*Allgem. Zeits. f. psychiatrie.*)

LOLLIOT. — De l'alcoolisme comme cause de la P. G.

MAGNAN et MIERJEZEWSKY. — Des lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la P. G. (épendymite, encéphalite interstitielle diffuse péri-épendymaire). (*Arch. de physiol.*)

OBERMEIER. — Dégénération de la moelle épinière dans la P. progressive. (*Arch. für psychiatrie.*)

RABENEAU. — Dans la P. G. des aliénés. (*Arch. für psychiatrie.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Discussion sur les rapports de la P. G. et de l'ataxie locomotrice. (*Ann. méd.-ps.*)

VERGA. — De la P. G., réminiscences et considérations. (*Arch. ital. per le mal. nerv.*)

WILKIE. — Sur les vols commis par les aliénés dans la première période de la P. G. (*Journ. of Mental. science.*)

1874

BALL. — Leçon sur l'anatomie pathologique de la P. G. (*Mouvement méd.*)

BOUCHOIR. — Considérations étiologiques et médico-légales sur la folie paralytique. (*Th. de Paris.*)

BROUARDEL. — Leçons sur la P. G., recueillies par Descourt. (*Mouvement méd.*)

BURLUREAUX. — Considérations sur le siège, la nature, les causes, de la folie paralytique. (*Th. de Paris.*)

CROCQ (J.) — De la folie paralytique et de ses rapports avec la civilisation (Bruxelles).

DARDE. — Du délire des actes dans la P. G. (*Th. de Paris.*)

DECOUST. — De la P. G. (*Revue méd.*)

FABRE. — Étude sur la marche de la P. G. Folie paralytique circulaire. (*Ann. méd.-ps.*)

HANOT. — Aphasie chez une paralytique générale. (*Gaz. méd.*, Paris.)

LEYNIA DE LA JARRIGE. — Forme insidieuse de la P. G. (*Th. de Paris.*)

LIOUVILLE. — Contribution à l'étude de la P. G. (*Progrès méd.*)

LUBINOFF. — Note sur le développement des vaisseaux de nouvelle formation dans la P. G. (*Arch. de physiol.*)

— Note sur les modifications du cerveau dans la P. progressive. (*Virchow's Arch.*)

— Contributions à l'anatomie pathologique de la P. G. (*Arch. f. Psychiatrie.*)

MAGNAN. — De l'alcoolisme; des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.

— Température dans les attaques épileptiformes des paralytiques (*Mém. de la Soc. de biol.*)

Major. — Histologie du cerveau malade. (*West Riding Asylum Reports.*)

Merson. — L'urinologie de la P. G. (*West Ridind Asylum Reports.*)

Mobèche. -- De la période prodromique de la P. G. (*Th. de Paris.*)

— Quelques considérations sur l'état des yeux dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

Rabeneau. — Analyse des urines des aliénés paralytiques. (*Arch. f. Psychiatrie.*)

Voisin et Hanot. — Sur deux cas d'atrophie musculaire observée dans le cours de la P. G. (*Gaz. méd.*, Paris.)

1875

Béhier. — Leçons sur la P. G. (*Gaz. des Hôpit.*)

Frænkel. — De la régénération des tissus dans le décubitus des paralytiques. (*Irrenfreund.*)

Bonnet (H.) et Poincaré. — Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la P. G.

Cornil et Lépine. — Sur un cas de P. G. spinale antérieure subaiguë suivie d'autopsie. (*Gaz. méd.*)

Grellière. — Étude sur l'atrophie musculaire dans la paralysie des aliénés. (*Th. de Paris.*)

Lennox Browne. — Observations laryngoscopiques dans la P. G. (*West Riding Asylum Reports.*)

Mierzejewsky. — Étude sur les lésions cérébrales dans la P. G. (*Arch. de physiol.*)

Newcombe. — Accès épileptiformes dans la P. G. (*West Riding Asylum Reports.*)

Thompson. — Sur la physiologie de la P. G. et de l'épilepsie (*Journ. of Mental science.*)

Voisin (Aug.). — Sur la nature inflammatoire de la P. G. (*Bull. de l'Acad. de méd.*)

1876

Ashe (Isaac). — Quelques observations de P. G. (*Journ. of ment. science.*)

Baillarger. — Note sur les rémissions dans la forme maniaque de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

Berthier. — Les pseudo P. G., à propos d'un aliéné infanticide. (*Gaz. des hôp.*)

Biaute. — De la P. G. comme cause prédisposante des fractures. (*Ann. méd.-ps.*)

Bonnet et Poincaré. — Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la P. G., lésion du grand sympathique, troubles vaso-moteurs.

CRICHTON BROWNE. — Pathologie de la P. G. (*West. R. Asyl. Rep.*)

CROCQ. — Méningo-encéphalite chronique; aphasie, P. G. progressive. (*Presse méd. belge*, Bruxelles.)

DEJERINE. — P. G., troubles trophiques cutanés, pemphigus; lésions de la moelle et des extrémités nerveuses périphériques. (*Arch. de physiol.*)

FRÉGEVU. — Des escarres dans la P. G. (*Th. de Paris.*)

GALLOPAIN. — De la dysphasie dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

KŒNIG. — Sur les troubles cérébraux paralytiques (*West Riding Asylum Reports.*)

LAPRÉE. — De quelques formes insolites de délire dans les périodes de début de la P. G. (*Th. de Paris.*)

MAGNAN. — Sur les attaques spinales épileptiformes ou convulsives et apoplectiformes avec élévation de température dans certains cas de P. G. (*Comptes rend. de la Soc. de biol.*)

— Quelques faits relatifs à l'élévation de la température dans le cours de la P. G. (*Comptes rend. de la Soc. de biol.*)

MAGNAN. — Recherches sur les centres nerveux. Pathologie et physiologie pathologique.

SANDER. — Des symptômes prémonitoires de la P. G. (*Berlin. Klin. Woch.*)

VERNEUIL. — Affaissement de plusieurs corps vertébraux chez un homme atteint de P. G. (*Bull. et mém. de la Soc. de Chir.*)

VOISIN (Aug.). — Leçons cliniques sur les maladies mentales, professées à la Salpêtrière.

— Des troubles de la parole dans la P. G. (*Arch. gén. de méd.*)

1877

FOVILLE. — Des relations entre les troubles de la motilité dans la P. G. et les lésions de la couche corticale des circonvolutions fronto-pariétales. (*Ann. méd.-ps.*)

— Contribution à la médecine légale de la P. G. (*Ann. d'hygiène et de méd. lég.*)

KRAFFT EBING. — Contribution à l'étude de la P. G. des femmes (*Arch. f. Psychiatrie.*)

LUYS. — Anatomie pathologique de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

MAGNAN. — De la sclérose du nerf optique et des nerfs moteurs de l'œil dans la P. G. (*Arch. de physiol.*)

MICKLE. — Sueur unilatérale dans la P. G. (*Journ. of Mental science.*)

RABOW. — Du traitement de la P. G. progressive. (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse rom.*, Genève.)

TAMBURINI. — Péri-encéphalite fronto-pariétale chronique P. (progressive.)

TAMBURINI. — Nouv. observ. d'ostéomes de l'arachnoïde dans la P. progressive.

TARDY. — Essai sur les altérations des nerfs crâniens dans la P. G. (*Th. de Paris.*)

VINCENT. — Des phénomènes oculo-pupillaires dans l'ataxie locomotrice progressive et la P. G. des aliénés. (*Th. de Paris.*)

VAISON. — Considérations pulmonaires pour servir à l'étude des rapports de la folie simple et de la folie paralytique. (*Union méd.*)

1878

BRUNET (Daniel). — Variétés cliniques de la P. G. (*Congrès intern. de méd. ment.*)

CHRISTIAN. — De la nature des troubles musculaires dans la P. G. des aliénés.

DESAGNAY. — Quelques considérations sur la fièvre dans la P. G. des aliénés et sur les périodes d'accès. (*Th. de Paris.*)

DOUTREBENTE. — Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

— Recherches statistiques sur les diverses modifications de l'orifice pupillaire dans la P. G. (*Congrès intern. de méd. ment.*)

DUFOUR. — Note à propos des localisations fonctionnelles dans les diverses formes de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

ESPIAU DE LAMAESTRE. — De la P. G. à double forme. (*Congrès intern. de méd. ment.*)

FALRET (J.). — Des variétés cliniques de la P. G. (*Congrès intern. de méd. ment.*)

FOVILLE. — P. G. (*Dictionn. de méd. et de chirurg. prat.*, t. XXVI.)

GIRARD DE CAILLEUX. — Considérations sur la folie et sur l'une de ses terminaisons, la démence paralytique ou péri-encéphalite interstitielle diffuse. (*Congrès intern. de méd. ment.*)

LAGARDELLE. — Traitement de la P. G. progressive.

LIONNET. — Des variétés de la P. G. dans leurs rapports avec la pathogénie. (*Th. de Paris.*)

LUYS. — Des conditions pathogéniques du développement de la P. G. (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*)

MAGNAN. — Localisations cérébrales dans la paralysie. (*Rev. mens. de méd.*)

MARANDON DE MONTYEL. — De la marche de la P. G. chez les héréditaires. (*Ann. méd.-ps.*)

MORDRET. — Sur la fréquence et les effets de la congestion cérébrale chez les aliénés et plus particulièrement chez les paralytiques généraux. (*Congrès intern. de méd. ment.*)

POTAIN. — Contracture idiopathique des extrémités, P. G. commençante. (*Gaz. des hôpit.*)

SAUCET. — Influence de la syphilis sur la P. G. (*Th. de Paris.*)
SEPPILLI. — Les études récentes sur la P. progressive. (*Arch. ital.*)
VIEL. — Étude clinique et expérimentale sur les différences que peut présenter la symptomatologie de la méningo-encéphalite de la convexité du cerveau suivant le siège des lésions. (*Th. de Paris.*)
VOISON (A.). — Pathologie mentale d'une période intermédiaire dans la P. G. (*France méd.*)
— Étude sur le traitement de la P. G. des aliénés. (*Bull. gén. de thér.*)

1879

ADAM. — Considérations sur quelques cas de P. G. chez la femme. (*Th. de Paris.*)
BAILLARGER. — Des rémissions et de la démence dans certains cas de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
— Démence paralytique consécutive à une atrophie musculaire progressive. (*Ann. méd.-ps.*)
— Observation de manie congestive. (*Ann. méd.-ps.*)
— P. G. des vieillards. (*Ann. méd.-ps.*)
— P. G. Cysticerque dans l'hémisphère droit du cerveau. (*Ann. méd.-ps.*)
BEAUGRAND. — De la pseudo-P. G. syphilitique. (*Journ. des conn. méd.*)
BILLOD. — P. G. survenant comme complication dans le cours d'une folie simple. (*Ann. méd.-ps.*)
BOY. — Étude clinique sur l'œil dans la P. G. (*Th. de Paris.*)
BRIAND. — Obs. d'épilepsie compliquée de P. G. (*Journ. des conn. méd.*)
CHRISTIAN. — Nouvelles recherches sur la nature de la P. G. des aliénés. (*Ann. méd.-ps.*)
— P. G. et ataxie locomotrice. (*Ann. méd.-ps.*)
— Hématome de l'oreille et purpura hémorragique chez un paralytique général. (*Ann. méd.-ps.*)
DOUTREBENTE. — Note sur la marche de la P. G. chez les héréditaires. (*Ann. méd.-ps.*)
— Obs. de P. G. d'origine saturnine. (*Ann. méd.-ps.*)
— P. G. et manie suraiguë. (*Ann. méd.-ps.*)
FABRE DE PARREL. — De quelques phénomènes accessoires dans la P. G. (*Th. de Paris.*)
FOURNIER (Alfred). — La syphilis du cerveau. (*Ann. méd.-ps.*)
FOVILLE. — Observation de manie congestive. (*Ann méd.-ps.*)
— Symptômes passagers de P. G. chez un épileptique. (*Ann. méd.-ps.*)

FOVILLE. — Obs. de manie congestive. (*Ann. méd.-ps.*)

— Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la P. G. Difficulté de distinguer la P. G. de certaines altérations syphilitiques du cerveau. (*Ann. méd.-ps.*)

— Obs. de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

— Deux observations d'hémiplégie coïncidant avec la P. G. (*Arch. gén. de méd.*)

GALAREAU. — Symptômes de la P. G.; guérison (3 obs.). (*Ann. méd.-ps.*)

HAMMOND. — Traité des maladies du système nerveux comprenant les maladies du cerveau, etc. Trad. franç. par Labadie-Lagrave.

KRŒMER. — Observation sur la température des aliénés paralytiques. (*Allgem Zeitschr. f. Psychiatrie.*)

KRAFFT EBING. — Traité de psychiatrie, Stuttgard.

LEGRAND DU SAULLE. — Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie.

LUNIER. — Observation de P. G. à longue durée. (*Ann. méd.-ps.*)

MABILLE. — Obs. de P. G. à marche très rapide. (*Ann. méd.-ps.*)

MAGNAN. — Deux cas d'aphasie dans la P. G. (*Comptes rendus de la Soc. de Biol.*)

MICKLE. — Cas de P. G. avec violentes attaques épileptiques unilatérales. (*Ann. méd.-ps.*)

PIGNOCCO. — Du diagnostic et du pronostic de la P. G.

RÉGIS. — De la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

RENDU. — Observation d'origine syphilitique. (*Ann. méd.-ps.*)

SCHAW. — Le tendon réflexe dans la folie. (*Arch. of med.*)

SCHILS. — Étude sur les rémissions dans la P. G. (*Th. de Paris.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Discussions sur les rapports entre la syphilis et la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

VOISIN (Aug.) — Traité de la P. G. des aliénés.

VULPIAN. — P. G. (*Clinique méd. de l'hôpital de la Charité.*)

1880

BAILLARGER. — P. G. chez une femme hémiplégique depuis onze ans. (*Ann. méd.-ps.*)

BALL. — Historique de la P. G. Leçon recueillie par Dassy. (*Tribune médic.*)

CHAMBARD (E.). — Monographie et dynamographie dans la P. G. (*Gaz. méd.*)

CHRISTIAN. — Faits de rémissions dans la P. G. à la suite de suppuration prolongée. (*Ann. méd.-ps.*)

CHRISTIAN. — Des rapports entre la syphilis et la P. G. (*Un. méd.*)
DUTERQUE. — Lésions anatomiques de la P. G. chez un halluciné mort de congestion cérébrale. (*Ann. méd.-ps.*)
LA LOGGIA. — Sur la paralysie progressive des aliénés. (*Il Pisani.*)
LUYS (J.). — Lésions du cerveau chez un paralytique. (*Ann. méd.-ps.*)
MABILLE. — P. G. se déclarant chez un lypémaniaque à la suite d'une congestion cérébrale. (*Ann. méd.-ps.*)
MACDONALD. — Une leçon clinique sur la P. G. (*Medical Record.*)
MENDEL. — De la P. progressive des aliénés.
— Prédisposition héréditaire et paralysie progressive. (*Arch. f. Psychiatrie.*)
MICKLE. — De la P. G. des aliénés.
MILLET. — De l'influence étiologique de l'alcoolisme sur la P. G. (*Th. de Paris.*)
PARAUT. — Étude de la P. G. consécutive à l'ataxie locomotrice.
RÉGIS. — De l'encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
SCHULTZE. — Des rapports de la sclérose multiloculaire du système nerveux central avec la P. G. (*Arch. für Psychiatrie.*)
WGATT-THURNAM. — Relation entre l'état mental et l'inégalité des pupilles dans la P. G. (*Ment. sc.*)

1881

BAILLARGER. — P. G. précédée d'accidents congestifs de forme insolite. (*Ann. méd.-ps.*)
— Du délire ambitieux dans les affections organiques locales du cerveau et les maladies de la moelle. (*Ann. méd.-ps.*)
— P. G. — Tumeur fibreuse de la dure-mère. (*Ann. méd.-ps.*)
BLÉ. — De la révulsion à la nuque dans les affections chroniques du cerveau et de ses enveloppes. (*Th. de Paris.*)
BALL. — Anatomie pathologique de la P. G. progressive (*Rev. méd. franç.*)
BRUNET (Daniel). — De l'augmentation de la fibrine dans la péricérébrite. (*Ann. méd.-ps.*)
CHAMBARD. — Recherches myographiques et dynamométriques sur le tremblement et l'ataxie des paralytiques généraux. (*Revue scient.*)
CHRISTIAN. — P. G. chez un imbécile. (*Ann. méd.-ps.*)
DEMANGE (Émile). — Sur une forme spéciale du tremblement dans la P. G. simulant le tremblement de la sclérose. (*Revue méd. de l'Est.*)
GIRMA. — Hallucinations dans la P. G. (*Th. de Paris.*)

GRASSET. — Traité pratique des maladies du système nerveux.
JOFFROY. — Note sur le réflexe tendineux dans la P. G. des aliénés. (*Arch. de physiol.*)
LACAILLE. — De la pseudo-paralysie générale. (*Th. de Paris.*)
LAFFITTE. — P. G. produite par un coup sur la tête. (*Ann. méd.-ps.*)
LAUTARD. — Le délire des grandeurs n'est pas un signe exclusif de P. G. (*Th. de Paris.*)
LUYS. — Traité clinique et pratique des maladies mentales.
MABILLE. — Obs. de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
METTES. — De la pseudo-paralysie générale alcoolique. (*Th. de Paris.*)
MEYER. — Pseudo-paralysie générale d'origine saturnine. (*Th. de Paris.*)
MICKLE. — La P. G. des aliénés consécutive à l'ataxie locomotrice. (*Lancet.*)
— Des hallucinations dans la P. G. des aliénés, considérées plus particulièrement dans leurs relations avec la localisation des fonctions cérébrales. (*Jour. of ment. sc.*)
MOREAUX. — Marche de la P. G. chez les alcooliques. (*Th. de Paris.*)
PARANT. — Étude sur la P. G. consécutive à l'ataxie locomotrice. (*Bull. de la Soc. méd. de l'Yonne*, Auxerre.)
RÉGIS. — Existence de tous les symptômes physiques et intellectuels de la P. G. chez un alcoolique chronique sans aucune lésion de P. G. à l'autopsie. (*Ann. méd.-ps.*)
— Note sur le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la P. G. (*Encéphale.*)
RIVA. — La température dans la P. G. des aliénés. (*Riv. sper di frematia.*)
SAUZE. — De l'accroissement du nombre des cas de folie paralytique et de ses causes. (*Ann. méd.-ps.*)
TURNBULL. — Un cas de P. G. à l'âge de douze ans. (*Jour. of ment. sc.*)
VARIOT. — P. G. ayant présenté pendant la vie les symptômes d'une sclérose en plaques. (*Encéphale.*)

1882

BACHELOT. — Contribution à l'étude du délire ambitieux. (*Th. de Paris.*)
BAILLARGER. — Note sur une altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions. (*Ann. méd.-ps.*)
BERGER (O.). — Un cas de paralysie progressive. (*Neurologisch. Centralbl.*)
BROQUÈRE. — Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la P. G. (*Th. de Paris.*)

BRUNET (Daniel). — Traitement et curabilité de la péricérébrite. (*Ann. méd.-ps.*)

CAMUSET. — Un cas de mort par hémorragie cérébrale dans le cours d'une P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

CHARCOT. — Migraine ophthalmique se manifestant à la période initiale de la P. G. (*Progrès méd.*)

CHARRIÈRE. — Considérations sur les rapports de l'hystérie avec la P. G. (*Th. de Paris.*)

CHRISTIAN. — Mal perforant du pied dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

COLOWITCH. — Étude clinique sur la P. G. chez la femme. (*Th. de Paris.*)

CULLERRE. — De la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune. (*Ann. méd.-ps.*)

DUTERQUE. — Des lésions ophthalmoscopiques dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

FABRE DE PARRAL. — Délire de persécution systématisé d'origine alcoolique suivi de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

FOVILLE. — Observation de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

FRÉMY. — Sur la possibilité des formes frustes dans la P. G. (*Nice méd.*)

FRIGERIO. — Parallèle entre la folie et la folie paralytique. (*Arch. ital. p. le malatic.*)

HANO. — De la P. G. au point de vue des assurances sur la vie. (*Bull. de la Soc. de méd. lég.*)

LAFFITTE. — Observation de P. G. à double forme. (*Ann. méd.-ps.*)

MENDEL. — Des altérations de l'écorce cérébrale dans le stade initial de la P. G. (*Neurologisch. Centralbl.*)

RÉGIS. — La P. G. chez la femme (*France méd.*)

— Note sur les rapports de la P. G. et de l'hystérie. (*Gaz. méd. de Paris.*)

REY. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

— Un cas de P. G. tardive. (*Ann. méd.-ps.*)

— Hémorragie cérébrale à foyers multiples chez un paralytique général. (*Ann. méd.-ps.*)

SNELL. — Rapport de la démence paralytique avec la syphilis. (*Allgem. zeitschr. f. Psychiatrie.*)

TAGUET. — Démence paralytique primitive avec simultanéité de délire mélancolique et de délire ambitieux. (*Ann. méd.-ps.*)

TRASTOUR. — De la P. G. (*Gaz. méd.*, Nantes.)

VALLON. — De la P. G. et du traumatisme dans leurs rapports réciproques. (*Th. de Paris.*)

1883

BAILLARGER. — Sur la théorie de la P. G. de la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes. (*Ann. méd.-ps.*)

— Hallucinations dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

BALL. — Leçons sur les maladies mentales.

BONNET. — Troubles trophiques de l'organisme dans la P. G. (*Encéphale.*)

BRA. — Manuel des maladies mentales.

BUCCOLA. — Du temps de la dilatation réflexe de la pupille dans la paralysie progressive des aliénés et autres maladies des centres nerveux. (*Riv. sper. di fr. e di med. leg.*)

CAMUSET. — Note sur la prédominance actuelle des formes dépressives de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

— Obs. de folie paralytique à forme alternante. (*Ann. méd.-ps.*)

— Contribution à l'étude de pseudo-P. G. d'origine alcoolique. (*Ann. méd.-ps.*)

CLAUS. — Des lésions de la moelle dans la démence paralytique. (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.*)

CRICHTON-BROWNE. — La pathologie pulmonaire de la P. G. (*Brain.*)

GRÉGOIRE. — Considérations sur quelques points de la P. G. (*Th. de Paris.*)

HIRSCHBERG. — Scotome central progressif chez un paralytique général. (*Berlin. Klin. Woch.*)

LEGRAND DU SAULLE. — Note médico-légale sur le testament d'une démente paralytique. (*Ann. d'hygiène pub. et de méd. lég.*)

— Leçons sur la P. G. (*Gaz. des hôpit.*)

LUYS. — Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la P. G. (*Union méd.*)

MABILLE. — Démence paralytique à la suite d'une variole. (*Ann. méd.-ps.*)

MAIRET. — De la démence mélancolique; contribution à l'étude de la péri-encéphalite chronique localisée et à l'étude des localisations cérébrales d'ordre psychique.

MICKLE. — Le phénomène du genou dans la P. G. (*Brain.*)

— P. G. à la suite de blessures du crâne. (*Journ. of Ment. Science.*)

OBERSTEINER. — De la syphilis avec la P. G. (*Wiener Med. Woch.*)

ŒBEKE. — Des frictions du crâne dans la P. G. progressive. (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.*)

PARINAUD. — Migraine ophtalmique au début de la P. G. (*Arch. de Neurol.*)

RÉGIS. — Un cas remarquable de pseudo-P. G. alcoolique. (*Encéphale.*)
— Note sur la P. G. prématurée. (*Encéphale.*)
— Les familles des paralytiques généraux au point de vue biologique. (*Mém. et bull. de la Soc. de méd.*, Bordeaux.)
REY. — Crises hystériques chez un homme atteint de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
— Observation de rémission de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
REY et MANIÈRE. — Cas de P. G. héréditaire. (*Ann. méd.-ps.*)
SERPILLI. — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'histoire de la P. G. chez la femme. (*Riv. sperim. di freniatria.*)
STENGER. — Les troubles de la vue d'origine cérébrale chez les paralytiques généraux. (*Arch. f. psych.*)
TALON. — La P. G. à l'asile d'aliénés de Marseille, recherches statistiques étiologiques et cliniques. (*Th. de Montpellier.*)
THILHE. — Contribution à l'étude de la péri-encéphalite et de son traitement. (*Th. de Paris.*)
VOISIN (Aug.). — Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses.
WIGLESWORTH. — Cas de P. G. chez un enfant de quinze ans. (*Journ. of. Ment. sc.*)
ZACHER. — Contribution à la pathologie et à l'anatomie pathologique de la paralysie progressive. (*Arch. f. Psych.*)
ZEUNER. — General Paralysis.

1884

BAILLARGER. — De la coloration ardoisée du cerveau dans la P. G. et de ses rapports avec les escarres du sacrum. (*Ann. méd.-ps.*)
BLACHE. — Essai sur les pseudo-P. G. (*Th. de Lyon.*)
CAMUSET. — Cas d'hystérie chez un homme atteint de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
CHARPENTIER. — Lésions syphilitiques simulant une P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
CHRISTIAN. — Des difficultés que présente le diagnostic de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
DESCOURTIS. — De l'état des forces chez les paralytiques généraux. (*Encéphale.*)
GIRMA. — Des effets physiologiques et thérapeutiques de l'ergotine dans les troubles congestifs de la P. G. (*Encéphale.*)
LASÈGUE. — Sur la P. G. Leçons rédigées par Motet. (*Études médicales.*)
LUNIER. — Crâne et cerveau d'un individu mort de P. G. (*Bull. de la Soc. d'anthr. de Paris.*)

LUYS. — Conditions pathogéniques de la P. G. (*Encéphale.*)

MABILLE. — Pachyméningite simulant une P. G., coloration ardoisée du cerveau, etc. (*Ann. méd.-ps.*)

MARANDON DE MONTYEL. — Inégalité de poids des hémisphères cérébraux dans la folie névrosique et la démence paralytique. (*Encéphale.*)

MENDEL. — Anatomie pathologique de la P. G. (*Berlin. Klin. Woch.*)

RÉGIS. — Note sur la dystrophie et la chute spontanée des ongles dans la P. G. progressive (*Gaz. méd.*, Paris.)

— Manuel pratique de médecine mentale.

SAGE. — Contribution à l'étude des mouvements choréiformes chez les paralytiques généraux. (*Th. de Lyon.*)

WAGNER (J.). — Des affections médullaires chez les paralytiques généraux. (*Wiener med. Jahr.*)

1885

BETTENCOURT-RODRIGUES (A.). — De l'état des réflexes chez les paralytiques généraux. (*Encéphale.*)

CHRISTIAN. — La prétendue fragilité des os dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

LENTZ. — Observation de folie paralytique à l'âge de quatre-vingts ans. (*Bull. de la Soc. de méd. ment.*, Gand.)

LUYS. — Contribution à l'étude de la localisation anatomo-pathologique de la P. G. sans aliénation. (*Encéphale.*)

DESCOURTIS. — Des injections hypodermiques d'ergotine dans le traitement des attaques congestives de la P. G. (*Encéphale.*)

RAGGI. — Inversion du mouvement pupillaire dans un cas de P. G. (*Ann. univers. di med.*)

RÉGIS (E.). — Un cas de paralysie générale à dix-sept ans. (*Encéphale.*)

— Note sur un cas curieux de trouble de l'écriture (paragraphie) dans le cours d'une P. G. progressive. (*Gaz. méd.*)

REY (Ph.). — De l'hystérie chez les femmes atteintes de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

VILLIAM CRUMP BEATLEY. — Étude des réflexes dans la P. G. (*Brain.*)

ZACHER. — Atrophie des fibres nerveuses à myéline de la substance corticale du cerveau dans la P. G. et autres affections cérébrales chroniques. (*Berlin. Klin. Woch.*)

1886

BAILLARGER. — Poids comparé du cerveau et du cervelet dans la démence paralytique. (*Ann. méd.-ps.*)

BONDON. — De l'amnésie dans la P. G. (*Th. de Paris.*)

CAMUSET. — Relations entre les symptômes psychiques et les besoins anatomiques de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

CAMUSET. — Crises d'hystérie chez un homme atteint de P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
CARRIER (Albert). — Complications viscérales de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
FURSTNER. — Recherches expérimentales sur la P. G. (*Berlin. Klin. Woch.*)
HITZIG (E.). — Des températures anormales chez les paralytiques généraux. (*Berlin. Klin. Woch.*)
LARROQUE. — Rémissions dans le cours de la P. G. (*Th. de Paris.*)
MAC DOWALL. — Poids insolite du cerveau chez un paralytique général. (*Journ. of ment. sc.*)
MANDRINO. — Nouveau système de lit pour les déments paralytiques. (*Arch. di psych.*)
PETIT. — Rapports de la P. G. avec les troubles menstruels. (*Th. de Paris.*)
REY. — P. G. avec ataxie du membre supérieur gauche et hémiplégie complète. (*Ann. méd.-ps.*)
RODRIGUES BETTENCOURT. — Études des réflexes dans la P. G. des aliénés. (*Th. de Paris.*)
ROSENTHAL (Albert). — P. G. associée avec l'aphasie sensorielle. (*Centralbl. für Nervenk.*)
SALPO (J.). — Modification de la pupille dans la P. G. (*Berlin. Klin. Woch.*)
SAVAGE (Géo.). — Des hémorragies dans la P. G. (*Journ. of. ment. sc.*)
SEMELAIGNE. — Cas remarquable de rémission ou de guérison temporaire de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
ZACHER. — Anatomie pathologique de la P. G. (*Arch. für psych.*)

1887

ABUNDO (D'). — Les lésions de la vessie et de la prostate dans la P. G. progressive. (*Psychiatria.*)
BAILLARGER. — De la guérison de la P. G. et de la théorie des pseudo-folies paralytiques. (*Ann. méd.-ps.*)
BONNET. — P. G., alcoolisme chronique, troubles tabétiques. (*Rev. méd. de l'Est*, Nancy.)
BORDES PAGÈS. — De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la P. G. (*Th. de Paris.*)
BRAMWELL BYROM. — Guérison de la P. G. (*Edinburgh med. journ.*)
CAMUSET. — Rareté de la P. G. à l'asile de Saint-Alban. (*Ann. med.-ps.*)
CHRISTIAN. — Étiologie de la P. G. chez l'homme. (*Arch. de neurol.*)
FURSTNER. — Des affections médullaires compliquant la P. G. progressive. (*Berlin. Klin. Woch.*)
JANIN. — Des causes de la mort dans la P. G. (*Th. de Paris.*)

LANDOUZY. — P. G. progressive. (*Gaz. des hôp.*)

LEMOINE. — Anomalie cérébrale, commissure unissant les lobes frontaux, P. G. au début, mort subite par insuffisance aortique. (*Arch. de l'anth. crim.*)

MOELI. — Défaut de réaction de la pupille dans la P. G. (*Arch. für psych. med. Nervenke.*)

MORSELLI. — Inversion du réflexe pupillaire chez un paralytique général. (*Arch. di psych.*)

MEYNERT. — Du mécanisme de la paralysie progressive. (*Wiener med. Blatter.*)

PARAUT (V.). — Période prodromique de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

ROUSSEAU. — Un cas de pseudo-P. G. alcoolique (*Encéphale.*)

SAMSON. — Quelques paralysies viscérales dans la P. G. (*Thèse de Paris.*)

SANDER (W.). — Procédé de couchage chez les paralysés gâteux. (*Berlin. Klin. Woch.*)

SYER BRITOWE. — Diagnostic précoce de la P. G. et ses rapports avec le tabes et la sclérose en plaques. (*Brit. med. journ.*)

VRAIN. — De la P. G. à début précoce. (*Th. de Paris.*)

ZACHER. — État des fibres nerveuses à gaine de myélite dans la P. G. (*Arch. für psych. med. Nervenk.*)

1888

ARNAUD. — P. G. d'origine traumatique. (*Encéphale.*)

— Recherches cliniques sur la P. G. chez l'homme. (*Th. de Paris.*)

BALL. — Des causes de la P. G (*France méd.*)

— P. G. d'origine traumatique. (*Gaz. des hôp.*)

BONNET. — P. G., alcoolisme chronique, troubles tabétiques; P. G. confirmée; lésions de dénutrition. (*Arch. de neurol.*)

CHAMBARD. — Cas de P. G. hypocondriaque avec attaques hystériformes. (*Ann. méd.-ps.*)

DENY. — Délire des négations dans la P. G. progressive. (*Semaine méd.*)

DESCOURTIS. — Un cas de respiration de Cheyne-Stokes, chez un paralytique général. (*Encéphale.*)

FISCH (J.). — La paralysie progressive. Étude histologique. (*Zeitschr. für Heilk.*)

JELLY (F.). — Un cas de P. G. de dix ans de durée. (*Boston med. Journ.*)

KLEIN. — Origine de quelques idées délirantes dans la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)

KNECHT. — Aphasie, cécité verbale chez un paralytique général. (*Deutsche med. Woch.*)

MARANDON DE MONTYEL. — Du mal perforant dans la P. G. progressive. (*Encéphale*).
— Homicide et assassinat à la période prodromique de la P. G. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*)
MARRO. — Pronostic de la P. G. (*Arch. di psychiatria.*)
— Nouveau signe de diagnostic de la P. G. tiré de l'examen des urines. (*Giorn. della r. Accad. di med.*, Turin.)
MARTERET. — De la P. G. à début tardif. (*Th. de Paris.*)
MAZZO. — Nouveau moyen de diagnostic de la P. G. tiré de l'analyse des urines. (*Giorn. della R. Accad. di med.*, Turin.)
MESNET. — Rapports de la P. G. et de la syphilis cérébrale. (*Bull. de l'Acad. de méd.*)
RÉGIS. — Un cas de maladie de Dupuytren dans la P. G. progressive. (*Assoc. franç., congr. de Toulouse.*)
— Rapports de la P. G. et de la syphilis. (*Gaz. méd. de Paris.*)
RITTI. — Étiologie de la P. G. (*Gaz. hebd. de méd.*)
— Rapports de la P. G. avec la syphilis cérébrale. (*Gaz. hebd. de méd.*)
ROUILLARD. — Les symptômes spinaux dans la P. G. des aliénés. (*Gaz. des hôp.*)
— Glycosurie au début de la P. G. (*Ann. méd.-ps.*)
— Les pseudo-P. G. (*Gaz. des hôp.*)
SAVAGE. — P. G. simulant une tumeur cérébrale. (*Journ. of ment. sc.*)
— P. G. chez un aliéné simulant une tumeur cérébrale. (*Journ. of ment. sc.*)
SUTHERLAND (Henry). Manie simulant une P. G. (*Brit. med. journ.*)
TERRIEN. — P. G. succédant à une manie existant depuis dix ans. (*Ann. méd.-ps.*)

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE.

DEUXIÈME PARTIE.

TROISIÈME PARTIE.

QUATRIÈME PARTIE.

RECHERCHES SUR LE CRÉTINISME.

BIBLIOGRAPHIE.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE DEUXIÈME VOLUME

PREMIÈRE PARTIE

TROISIÈME PARTIE

QUATRIÈME PARTIE

THÉORIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

RECHERCHES SUR LE CRÉTINISME

QUELQUES OBSERVATIONS

A PROPOS DES DOUZE PLANCHES QUI SUIVENT

Dans les contrées atteintes par l'endémie du goître et du crétinisme, on désigne généralement sous la dénomination de crétins tous les individus dont l'intelligence a été plus ou moins complètement arrêtée dans son développement.

Il est facile de reconnaître que comme conséquence de cette opinion on est conduit à ranger parmi les crétins des sujets dont la conformation physique est très différente. C'est ainsi que Ferrus, a, dit-il, observé à l'hôpital de Sion des crétins au type trapu et des crétins au type élancé. De là la difficulté d'établir une ligne de démarcation tranchée entre les crétins et les idiots.

Les observations très nombreuses que j'ai recueillies dans les vallées des Alpes et des Pyrénées m'ont conduit à diviser les faits en trois classes, et les planches qui suivent représentent des types qui permettent de bien comprendre cette division.

PREMIÈRE CLASSE.

Crétinisme (Planches I et II).

Le véritable crétin offre dans sa conformation physique les caractères suivants :

1° Taille petite, ramassée et trapue ;

2° Tête grosse, avec développement exagéré du diamètre bilatéral ;

3° Face large, aplatie avec écartement des yeux, écrasement du nez à sa racine, bouche grande et lèvres épaisses, surtout la lèvre inférieure ;

4° Col court et large, et très souvent déformé par l'existence d'un goître plus ou moins volumineux ;

5° Désharmonie du tronc et des membres ;

6° Peau terreuse et blafarde ; rides profondes.

Le caractère principal de cette dégradation physique paraît d'ailleurs consister essentiellement dans le développement, exagéré en largeur, du crâne, de la face, du cou et du tronc.

Quand on trouve tous ces caractères réunis à un degré plus ou moins prononcé d'idiotie, on a le crétinisme complet, le véritable type de la dégénérescence.

Il convient d'ajouter que chez beaucoup de sujets le crétinisme reste incomplet et que certains caractères manquent ou sont atténués.

DEUXIÈME CLASSE

Arrêts de développement (Planches III et IV).

Le crétinisme, caractérisé par l'*habitus* spécial du corps décrit plus haut, est en outre accompagné d'arrêts de développement (taille, dentition, puberté, système musculaire); mais, dans les contrées atteintes par l'endémie, on trouve des cas assez nombreux d'arrêts de développement très prononcés sans qu'on observe en même temps la conformation physique qui caractérise le crétinisme.

Les planches III et IV offrent quatre exemples de ces arrêts de développement.

On peut constater dans la planche III (fig. 1) qu'une fille de treize ans a l'apparence d'une enfant de trois ou quatre ans.

La taille est de deux pieds et demi et le poids du corps de 24 livres. Comme on peut le voir, la conformation physique est celle d'une très jeune enfant. La seconde dentition n'est pas même commencée.

La figure 2 de la même planche représente un garçon de dix-huit ans qui ressemble à un enfant de cinq ou six ans. Le poids de son corps n'est que de 40 livres et la taille n'atteint pas trois pieds. Les organes génitaux sont ceux d'un enfant de quatre ou cinq ans. La première dentition est loin d'être terminée, la parole est presque nulle et l'intelligence très bornée.

Il y a donc, dans tous les cas semblables, prolongation des caractères de l'enfance.

Dans les deux figures de la planche IV, les traits de l'enfance ne sont plus aussi accentués; mais l'arrêt de développement est encore des plus prononcés.

Le garçon de vingt et un ans (fig. 1) n'a pas trois pieds ; il ne pèse que 54 livres, il n'a aucun signe de puberté ; sa seconde dentition n'est pas terminée, l'intelligence est des plus faibles.

La fille de dix-huit ans (fig. 2) ne pèse que 38 livres, sa taille non plus n'est pas de trois pieds; elle a l'intelligence et les goûts d'une petite fille de cinq ou six ans. La dentition est incomplète, il n'y a aucun signe de puberté.

Il n'est pas besoin d'insister pour faire ressortir la différence qui existe entre ces cas et le crétinisme. Il suffit de comparer les planches III et IV aux planches I et II, pour se convaincre qu'il était nécessaire d'établir une ligne de démarcation entre ces deux ordres de faits.

TROISIÈME CLASSE

Idiotie endémique (Planches V, VI, VII et VIII).

Parmi les cas assez nombreux d'idiotie et d'imbécillité qu'on observe dans les contrées atteintes par l'endémie du goître et du crétinisme, il en est certainement quelques-uns qui ne dépendent point de la cause endémique elle-même. Les autres doivent lui être attribués au même titre que les cas également nombreux de bégaiement, de mutité et de surdi-mutité qu'on observe dans les mêmes contrées.

Il m'a donc semblé qu'on devait admettre une idiotie endémique. Les sujets qui en sont atteints diffèrent des crétins par leur conformation physique et surtout par le développement de la taille.

C'est parmi ces idiots et ces imbéciles qu'on rencontre ces prétendus crétins admis par Ferrus et dont la planche VIII offre un exemple.

Les planches V et VI sont des portraits d'idiots et d'imbéciles nés de parents goîtreux ; ils sont de taille moyenne, ont un système musculaire développé. L'un d'eux même (pl. V, fig. 2) était d'une force remarquable.

En résumé, au lieu de réunir sous la dénomination de crétinisme tous les cas dans lesquels l'intelligence est plus ou moins complètement arrêtée dans son développement, j'ai cru utile, dans les contrées atteintes par l'endémie du goître et du crétinisme, de diviser ces cas en trois classes dont les types se trouvent dans les huit premières planches (Crétinisme — Arrêts de développement — Idiotie endémique).

Il convient d'ajouter que si cette division repose sur des faits exacts, elle peut néanmoins soulever des critiques, fondées surtout sur le nombre très grand des cas intermédiaires qui relient entre elles les trois classes.

Non seulement les crétins offrent des arrêts de développement, mais on trouve en outre beaucoup de cas de crétinisme incomplet. On voit par exemple des sujets dont la taille s'est développée, mais dont le crâne et la face conservent encore d'une manière très tranchée les caractères propres au crétinisme, et c'est ce qui arrive assez souvent quand celui-ci tend à disparaître dans une famille.

D'autre part, on sait qu'il y a beaucoup de variétés dans la conformation physique des idiots ; mais on ne trouve point chez eux ce type trapu que représentent les planches I et II.

On rencontre, d'ailleurs, de loin en loin dans les villes quelques cas très rares de crétinisme sporadique, mais le plus souvent, ces cas n'offrent point réunis tous les caractères de la dégénérescence.

Les planches XI et XII sont des exemples de ce crétinisme sporadique ; la taille est petite et trapue ; l'intelligence arrêtée dans son développement, la dentition incomplète et en outre on n'observe aucun signe de puberté chez ces deux filles dont l'une a vingt-quatre ans et l'autre vingt-sept. Il importe cependant de faire remarquer que dans l'un des deux cas au moins, les caractères du crétinisme n'existent pas dans le crâne et la face, ce qui rend ce cas difficile à classer (planche XII).

Chose curieuse, la fille de vingt-quatre ans, qui est née à Paris, avait dès ses premières années une tumeur au devant du cou. Cette tumeur, à l'âge de six ans, avait acquis le volume d'un œuf et les parents la firent enlever. Il convient d'ajouter que le père de cette fille était Suisse et né dans le canton de Neufchatel.

ERRATA

Tome I, page 364, ligne 26. Au lieu de : *Certaines questions sociales*, lisez : *Certaines questions spéciales*.

Tome II, page 541, titre. Au lieu de : *Arrêt de développement*, lisez : *Arrêts de développement*.

Sur les trois cartes. Au lieu de : pages 79, 90, 96. lisez : pages 620, 634, 644.

Paris. — Typographie Gaston Née, 1, rue Cassette.

CRÉTINISME AU DERNIER DEGRÉ



CRÉTIN DE 20 ANS.

Taille de moins de 3 pieds (0m93).

Poids du corps, 44 livres.

Planche II.

CRÉTINISME AU DERNIER DEGRÉ



Crétin de 20 ans.
(Portrait publié par la Commission du Piémont.)

ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT

Observés dans les contrées atteintes par l'endémie du goître
et du crétinisme.

Figure 1.



13 ans.

Taille 2 pieds et demi (0^m82).

Poids du corps, 24 livres.

Figure 2.



18 ans.

Taille moins de 3 pieds (0^m97).

Poids du corps, 40 livres.

ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT

Observés dans les contrées atteintes par l'endémie du goitre et du crétinisme.

Figure 1.



Figure 2.



21 ANS.

Taille 1 mètre.

Poids du corps, 54 livres.

18 ANS.

Taille moins d'un mètre (0^m97).

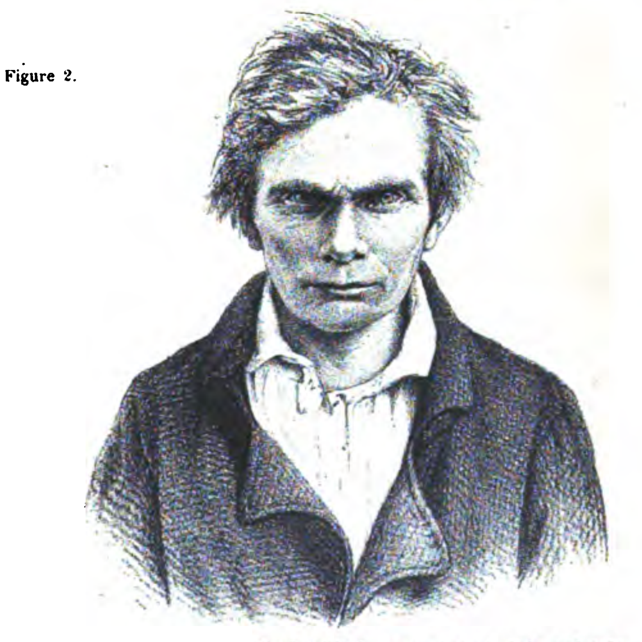
Poids du corps, 39 livres.

Figure 1.



IDIOT DE 20 ANS. — Taille assez grande.

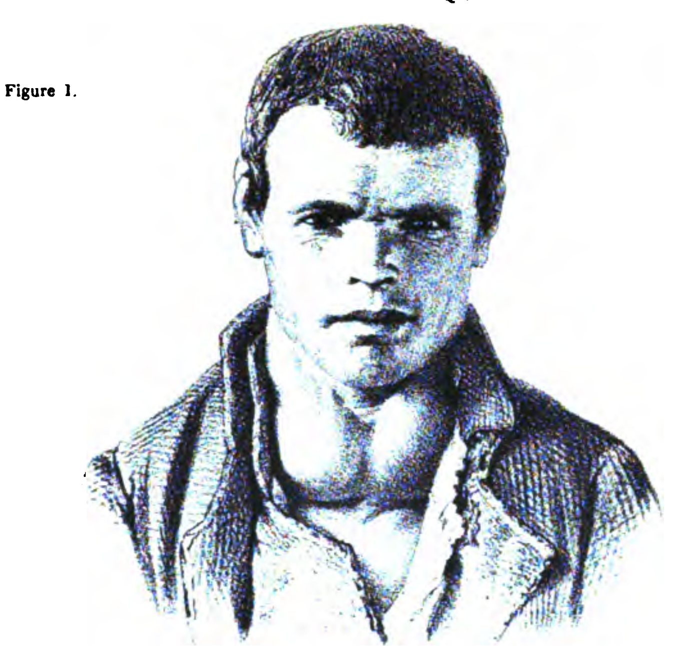
Figure 2.



24 ANS. — Atteint d'imbécillité, assez grand, très robuste.

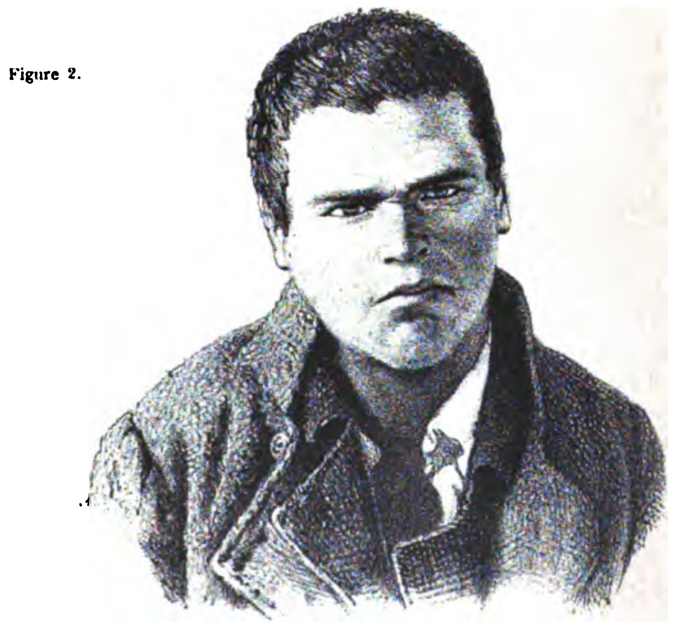
IDIOTIE ENDÉMIQUE

Figure 1.



IDIOT DE 28 ANS. — Taille $1^{m}62$.

Figure 2.



IDIOT DE 20 ANS. — Frère du précédent, taille moyenne. — Sourd et muet.

Planche VII.

IDIOTIE ENDÉMIQUE

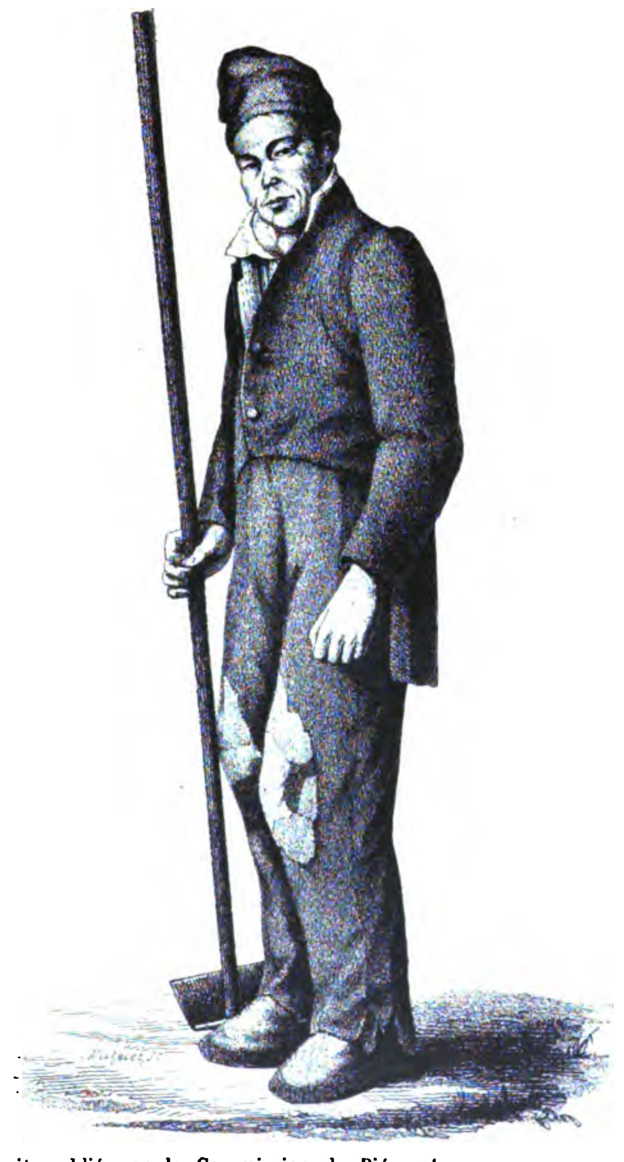


Idiot de 14 ans.

Taille 1 mètre 24 centimètres. — Père goitreux.

Planche VIII.

IDIOTIE ENDÉMIQUE



Portrait publié par la Commission du Piémont, comme un exemple de crétinisme au premier degré. Intelligence très limitée.

PLANCHE IX.

DÉGÉNÉRESCENCE DE LA RACE



GOITRE ENDÉMIQUE



PLANCHE XI.

CRÉTINISME SPORADIQUE



CRÉTINE DE 24 ANS, née à Paris.

Taille 1 mètre 03 centimètres.

Intelligence d'un enfant de 5 à 6 ans. — La seconde dentition n'avait commencé qu'à 18 ans.

CRÉTINISME SPORADIQUE

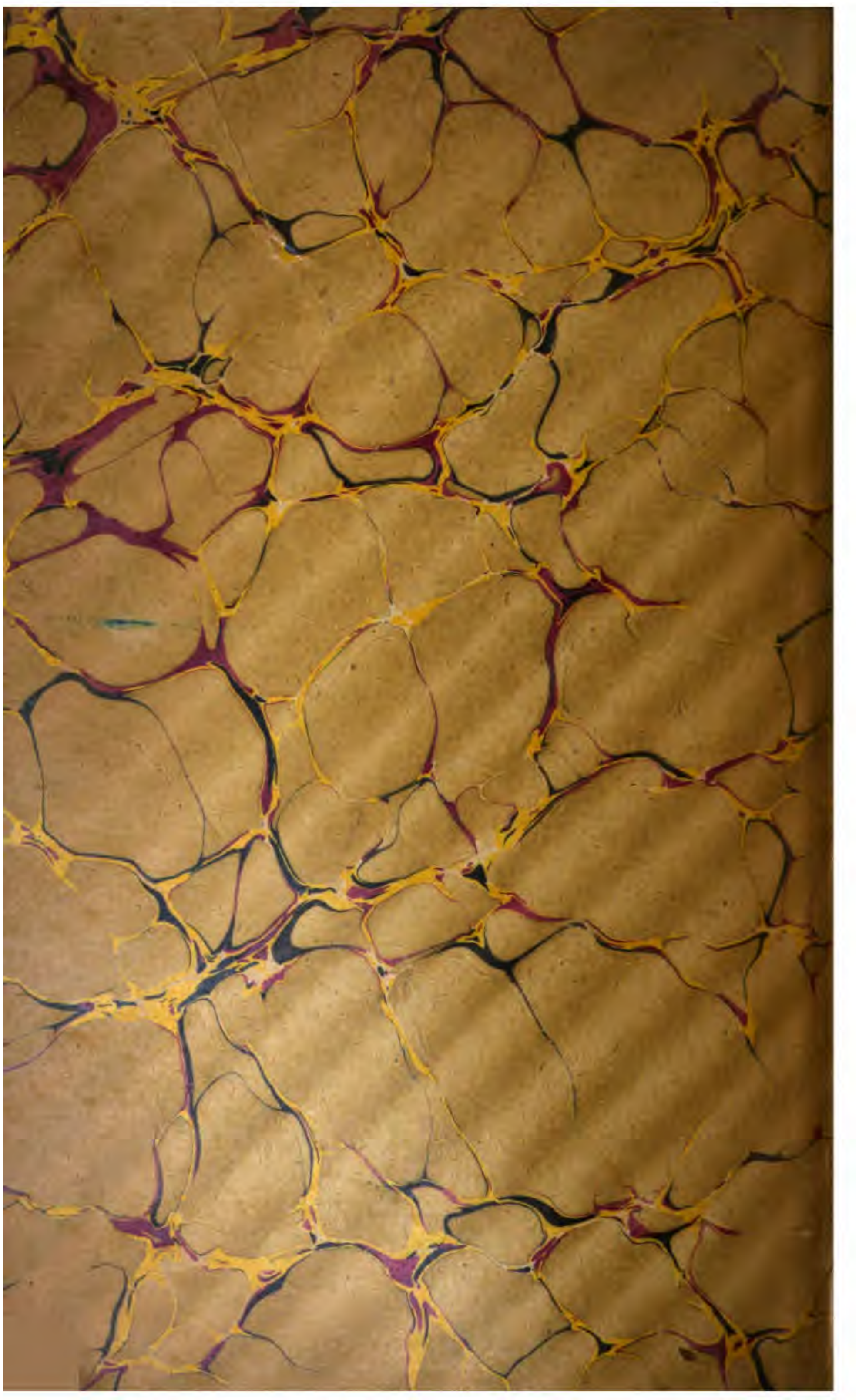
Cas difficile à classer.

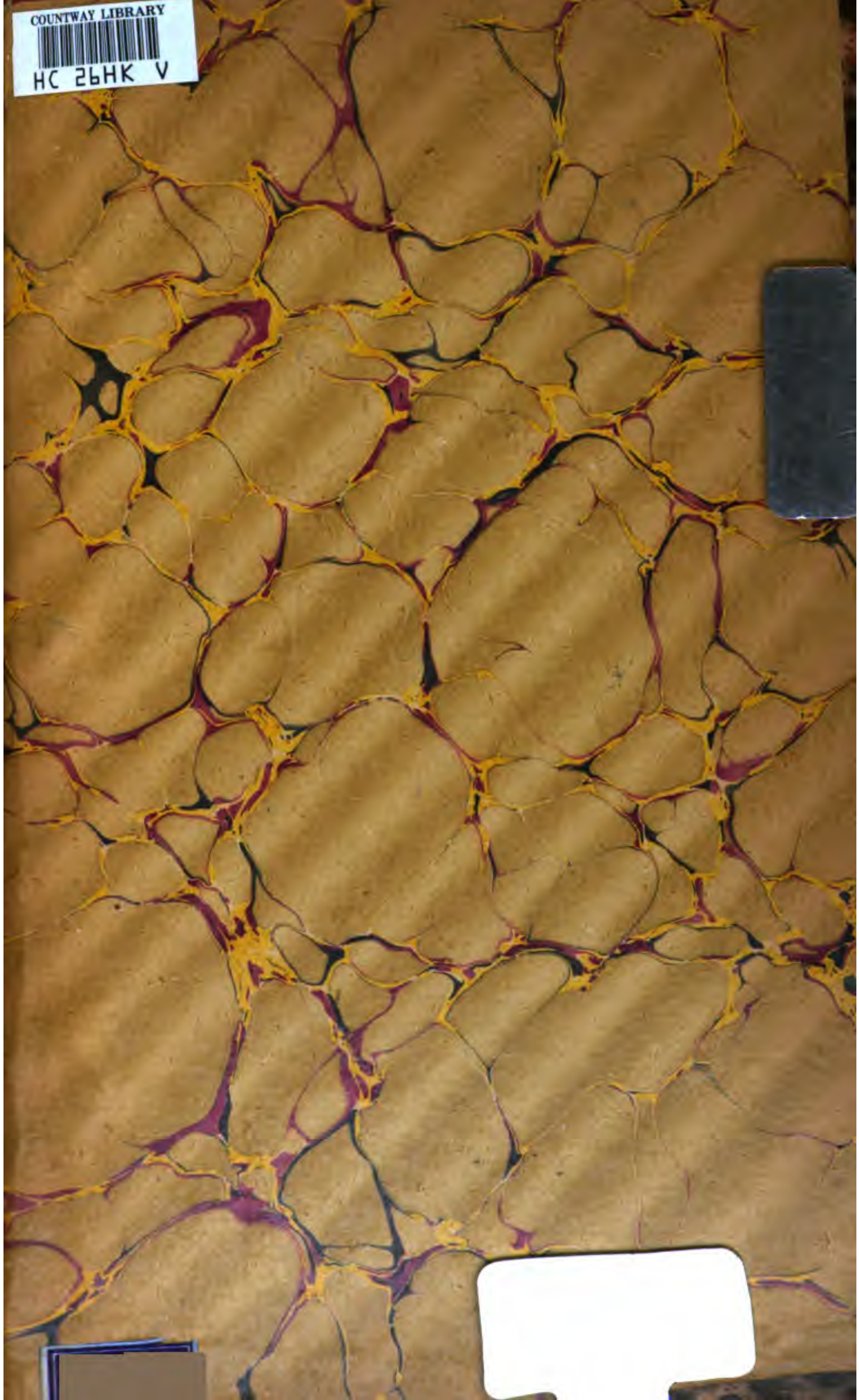


CRÉTINE DE 27 ANS, née à Melun.

Taille 1 mètre.

Intelligence d'un enfant de 4 à 5 ans. — La seconde dentition n'était pas terminée.




COUNTWAY LIBRARY
HC 26HK V

